



Cadre réservé à l'administration
Original service / date :
Copie Service(s) / date :

Fiche Renseignements Enfant

En 2021-2022, mon enfant fréquentera les services suivants (cocher la ou les cases correspondantes) :

- Accueil de loisirs périscolaire : matin, midi, soir et mercredi
 Accueil de loisirs Vacances
 Restaurant scolaire
 Transport scolaire

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Age : _____ Sexe : _____ Classe : _____
Né(e) le ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Famille

M. et Mme _____
Adresse : _____ Téléphone : _____

E-mail :

Important : votre adresse email vous permettra d'accéder à votre portail famille et faciliter ainsi les inscriptions et désinscriptions de vos enfants des services périscolaires tout au long de l'année

Situation Familiale : _____ Régime : CAF / MSA / Autres _____
Nombre Total d'enfants : _____ Nombre d'enfants à Charge : _____

Fiche Père	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Fiche Mère	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom : _____	Prénom : _____	Nom d'usage : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____		Nom de naissance : _____	Date de naissance : _____
Adresse si différente de ci-dessus : _____		Adresse si différente de ci-dessus : _____	
Téléphone : _____		Téléphone : _____	
Mobile : _____		Mobile : _____	
E-mail : _____		E-mail : _____	
N° Sécurité Sociale : _____		N° Sécurité Sociale : _____	
N° Allocataire : _____		N° Allocataire : _____	
Profession : _____		Profession : _____	
Nom et adresse de l'employeur : _____		Nom et adresse de l'employeur : _____	
Tel. Professionnel : _____		Tel. Professionnel : _____	

--	--

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les responsables légaux)					
Nom	Prénom	Adresse	Code postal/Ville	Téléphone	Lien de Famille

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les responsables légaux)					
Nom	Prénom	Adresse	Code postal /Ville	Téléphone	Lien de Famille

AUTORISATIONS Accueil Loisirs / Restauration scolaire / Transport scolaire / Temps d'Activités Périscolaires		Commentaires
Participation aux sorties dont j'ai eu connaissance organisées dans le cadre de l'activité,	oui / non	
Prise d'images et/ou film	oui / non	
Diffusion d'images	oui / non	
Prise en charge par son médecin traitant ou hospitalisation en cas d'accident ou de maladie	oui / non	
AUTORISATIONS Accueil Loisirs / Nouvelles Activités Périscolaires		Commentaires
Transport de mon enfant, en cas de sortie dans un véhicule de la commune assuré à cet effet	oui / non	
Consommation des mets fabriqués lors des activités « cuisine » dans le cadre de l'activité	oui / non	
AUTORISATIONS Accueil Loisirs Périscolaire / Nouvelles Activités Périscolaires		Commentaires
Mon enfant scolarisé en Elémentaire à partir seul Préciser l'heure de départ (Accueil de Loisirs):.....	oui / non	

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du service.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du ou des service(s) fréquenté(s) par mon enfant.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du responsable légal.

Documents à fournir

- attestation quotient familial
- attestation assurance responsabilité civile
- photocopie carnet de vaccinations
- fiche sanitaire de liaison
- Photocopie du jugement de divorce ou séparation

Contact services périscolaires

Secrétariat du service scolaire

Tel ligne directe : 04.74.20.88.08 / email : education@lacotesaintandre.fr

www.lacotesaintandre.fr

Fiche Sanitaire de Liaison 2021-2022

1-Enfant

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe :

2-Vaccinations (se référer au carnet de santé, joindre une photocopie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Rougeole Oreillons Rubéoles	
Poliomyélite				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
				Autres	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3-Renseignements médicaux concernant l'enfant

- Si l'enfant suit un traitement médical, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant)

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Entourez les mentions utiles et rayez les mentions inutiles)

Rubéole

Otite

Rhumatisme articulaire aigu

Coqueluche

Angine

Oreillons

Varicelle

Rougeole

Scarlatine

- Allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil d'Individualisé (P.A.I.) ?

4-Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires :

Régimes alimentaires :

Sans porc

Sans viande

5- Responsable de l'enfant

Nom : Prénom : Adresse :

Tel fixe et portable : /

Nom et Téléphone du Médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :