



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020/2021

N° de DOSSIER : Paiement : Espèces Chèque Carte bancaire

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRENOM :

Né(e) le : / / à :

Ecole : Classe : Enseignant :

Adresse où habite l'enfant :

L'ENFANT RENTRE SEUL APRES L'ACTIVITE : OUI NON

L'ENFANT PEUT ETRE PRIS EN PHOTO ET FILME : OUI NON

PAI (projet d'accueil individualisé) : OUI NON

INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

Fiche du Père :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : / /

Téléphone mobile : / /

Téléphone professionnel : / /

Adresse mail :

Régime social Général MSA Autre

Autorité parentale : OUI NON

Fiche de la Mère :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : / /

Téléphone mobile : / /

Téléphone professionnel : / /

Adresse mail :

Régime social Général MSA Autre

Autorité parentale : OUI NON

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Mme ou M : lien de parenté : Téléphone : / /

Mme ou M : lien de parenté : Téléphone : / /

Mme ou M : lien de parenté : Téléphone : / /

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021		1 – L'enfant	
NOM :			
PRENOM :			
Date de naissance :		Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	

2 – Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de vaccinations de l'enfant)			
Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			Hépatite B
Tétanos			Rubéole Oreillons Rougeole
Poliomyélite			Coqueluche
Ou DT polio			Autres (préciser)
Ou Tétracoq			
BCG			
			Vaccins recommandés
			dates

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 – Renseignements médicaux concernant l'enfant													
PAI (projet d'accueil individualisé) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>													
Si la réponse est OUI, joindre le protocole au dossier d'inscription.													
L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>													
(Si la réponse est oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.													
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?													
RUBEOLE	NON	OUI	VARICELLE	NON	OUI	ANGINE	NON	OUI	NON	SCARLATINE	NON	OTITE	NON
COQUELUCHE	NON	OUI	ROUGEOLE	NON	OUI	OREILLONS	NON	OUI	NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI	NON	NON
L'enfant a-t-il des allergies ?													
ASTHME		Oui		Non	MEDICAMENTEUSES	Oui	Non					Oui	Non
ALIMENTAIRES		Oui		Non	Autres	Oui	Non					Oui	non
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir													

4 – Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autres ? Si oui, veuillez préciser :

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

5 – RESPONSABLES DE L'ENFANT	
NOM :	PRENOM :
Adresse :	

→ Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

→ J'autorise le directeur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

→ Je m'engage à informer les services de l'école municipale des sports de tout changement d'adresse, numéro de téléphone et de situation familiale.

→ Je reconnais avoir et pris connaissance du projet pédagogique et du règlement intérieur disponibles dans les locaux de l'école municipale de sports et de m'y conformer.

→ Je reconnais avoir été informé de l'intérêt de souscrire une assurance pour protéger mon enfant dans ses activités périscolaires et extrascolaires.

→ J'autorise mon enfant à utiliser le moyen de transport nécessaire à la sortie (bus, minibus, autre) dans le cadre des activités prévues par l'organisation. Le service municipal se réserve le droit de modifier si besoin jusqu'à la dernière minute le moyen de transport prévu initialement.

Fait à : Le : / /

SIGNATURE (père, mère, tuteur légal) Rajouter la mention "Lu et approuvé"