

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT	ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE	CLASSE
Nom :	Ecole PT BRACCINI (maternelle)
Prénom :	Ecole PT BRACCINI (primaire)
Date de naissance :	Ecole KALLISTE (maternelle)
Sexe : masculin féminin	Ecole KALLISTE (primaire)

Renseignement sur la famille		
	Père de l'enfant	Mère de l'enfant
Nom et prénom
Adresse
Code postal
Ville
Téléphone
Portable
Email
Coordonnées de l'employeur (Nom, Adresse, téléphone)
N° allocataire et organisme verseur à préciser	N° : _ _ _ _ _ CAF MSA Autre :	N° : CAF MSA Autre :
Situation familiale :	Célibataire Mariés Divorcés* Séparés* (*copie du jugement)	Union libre Veufs

Personnes autres à contacter en cas d'urgence			
Nom	Prénom	Statut (grands-parents)	Téléphone

Renseignements médicaux concernant l'enfant					
Médecin traitant de l'enfant :				N° de téléphone :	
Vaccinations (se référer au carnet de santé ou certificat de vaccinations de l'enfant)					
Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Oreillon-Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
B C G					

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE oui non	VARICELLE oui non	ANGINE oui non	COQUELUCHE oui non	SCARLATINE oui non
OREILLONS oui non	OTITE oui non	ROUGEOLE oui non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui non	
ALLERGIES*	ASTHME oui non	ALIMENTAIRES oui non	MEDICAMENTEUSES oui non	AUTRES

*Joindre un certificat médical avec les explications par le médecin de la conduite à tenir

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :.....

Préciser si l'enfant a des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Assurance responsabilité civile

Nom : N° de contrat :

Adresse :

Autorisation parentale

Je soussigné déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

- autorise le Directeur, ou toute autre personne en son absence, à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant et à faire appliquer les interventions d'urgence
- autorise mon enfant à quitter seul le Temps Activités Péricolaires après la fin des activités (pour les primaires) OUI NON
- autorise l'équipe du centre de loisirs à prendre des photos de mon enfant, à les afficher dans la structure, les diffuser et à les utiliser dans des articles presse,
- autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :

Nom	Prénom	Statut (grands-parents)	Téléphone

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable.

Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.

Je m'engage à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

SIGNATURE(S) du ou des responsables fait à le / /