



**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**  
**Périscolaire, Cantine**  
**2018-2019**

**ENFANTS :**

NOM : ..... PRENOM : .....  
CLASSE FREQUENTEE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....  
ADRESSE : .....  
.....

**PARENTS :**

**PERE :**

N° d'allocataire CAF : .....  
Nom Assurance responsabilité Civile : .....  
NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE (si différente de l'enfant) : .....  
.....  
Profession : .....

Numéros de téléphone :  
Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

Mail : .....

**MERE :**

N° D'allocataire CAF si différent de celui du père : .....  
Nom Assurance responsabilité Civile : .....  
NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE (si différente de l'enfant) : .....  
.....  
Profession : .....

Numéros de téléphone :  
Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

Mail : .....

**Garde juridique de l'enfant :**

aux deux parents     à la mère     au père     autres

## **AUTORISATION**

Je soussigné (e), Monsieur ou Madame....., père, mère, tuteur de l'enfant : .....

**AUTORISE** mon (mes) enfants (s)

NOM, prénom ..... âge .....

.....  
.....

- **à quitter le service périscolaire** accompagné(es) des personnes dont les noms suivent :

NOM ET PRENOM DES PERSONNES	TELEPHONE

- **L'autorisation de prise de photos**

J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre en photo mon enfant et d'exploiter ce support photographique à des fins pédagogiques, bulletin mensuel et/ou annuel de la commune

OUI       NON

- **le transport** de mon enfant au Centre Hospitalier le plus proche,

OUI       NON

- **les interventions médicales et chirurgicales** sur mon enfant en cas d'urgence.

OUI       NON

- certifie que les informations fournies sont exactes.

Fait à ..... le.....

Signature,

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à l'utilisation de l'image d'une personne majeure ». Conformément à la loi «informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée ne 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie de Le Plessis Brion, située au 76 rue Edouard Meunier, vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

# FICHE SANITAIRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR VOTRE ENFANT, ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

Date de naissance : .....

Garçon

file

## PARENTS :

**PERE :** NOM : ..... PRENOM : .....

Numéros de téléphone :

Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**MERE :** NOM : ..... PRENOM : .....

Numéros de téléphone :

Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**VACCINATIONS** ( Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCIN OBLIGATOIRE	OUI	NON	DERNIER RAPPEL	VACCIN RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE ROUGEOLE OREILLONS	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				BCG	
OU TETRACOQ				AUTRES	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>RUBEOLE</b> OUI    NON	<b>VARICELLE</b> OUI    NON	<b>ANGINE</b> OUI    NON	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE</b> OUI    NON	<b>SCARLATINE</b> OUI    NON
<b>COQUELUCHE</b> OUI    NON	<b>OTITE</b> OUI    NON	<b>ROUGEOLE</b> OUI    NON	<b>OREILLONS</b> OUI    NON	

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Nom du Médecin traitant :.....  
Téléphone :.....

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le centre de loisirs ? OUI  NON

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente 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.

**ALLERGIES :**

ASTHME                            OUI     NON   
MÉDICAMENTEUSES    OUI     NON   
ALIMENTAIRES            OUI     NON

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**.

.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....

Date :

Signature :