

FICHE ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE DE L'ENFANT

ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

L'ENFANT

Nom-Prénom:..... Date de naissance:.....

Adresse :

Ecole: Classe : Sexe : F / M

Responsables légaux

marié/vie maritale

divorcé/séparé

autre:.....

| | Responsable légal (1) | Responsable légal (2) |
|-----------------------|--|--|
| Nom-Prénom | | |
| Adresse | | |
| Téléphone portable | | |
| Téléphone fixe | | |
| Courriel | | |
| Profession | | |
| Régime d'appartenance | CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> | CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> |
| | Numéro: | Numéro: |

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 10 ans)

| Nom-Prénom | Qualité | Numéro de portable | Numéro de fixe |
|------------|---------|--------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

| Nom-Prénom | Qualité | Numéro de portable | Numéro de fixe |
|------------|---------|--------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |

Informations sanitaires

| VACCINS OBLIGATOIRES | A JOUR | Date du dernier rappel |
|---|---|------------------------|
| DTP (Diphtérie Tétanos Poliomyélite) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

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

L'enfant porte-t-il ?

LENTILLES

OUI

NON

PROTHÈSES AUDITIVES

OUI

NON

LUNETTES

OUI

NON

PROTHÈSES DENTAIRES

OUI

NON

ALLERGIES: asthme, alimentaires, médicamenteuses, autres

ASTHME OUI NON **MÉDICAMENTEUSES** OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON **AUTRES** OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et conduite à tenir : _____

L'enfant suit-il un traitement ? Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il un PAI mis en place ? OUI (nous fournir un exemplaire) NON

Autres recommandations : _____

DOCUMENTS À FOURNIR

- Photocopie des vaccins Assurance extra scolaire Copie intégrale d'acte de naissance
(A fournir uniquement lors d'une première inscription)

AUTORISATIONS PARENTALES

Nous soussignons, _____, responsables de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les responsables à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et ceux pour l'année scolaire c'est-à-dire de juillet 2021 à septembre 2022.

- Autorisons mon enfant à pratiquer les activités organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs.
- Autorisons la Communauté de Communes à consulter CAFPRO et faire une copie écran.
- Autorisons la collectivité à utiliser nos adresses mails afin de recevoir les actualités et informations du service enfance jeunesse.
- Autorisons l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités de la collectivité.
- Déclarons exacts les renseignements notifiés ci-dessus et déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et en acceptons les termes.

Fait à _____, le.....

Signature des représentants légaux

(Précédée de la mention "Lu et Approuvé")