

FICHE ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE DE L'ENFANT

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

L'ENFANT

Nom-Prénom : Date de naissance :

Adresse :

École : 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	À 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 accepté 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 2023 à septembre 2024.

- 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 »)