



ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

SERVICES MUNICIPAUX : SMA, ALSH, CANTINE, BUS

Fiche de renseignements obligatoires. Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés.

Dossier à remplir et à retourner à la mairie ou dans la boîte aux lettres place du 8 mai 1945
 (entrée école maternelle)

INFORMATIONS concernant l'ENFANT

Nom:.....
 Prénom :.....
 Date de naissance :.....
 Frère(s) : Age :.....
 Soeur(s) : Age :

Ecole Maternelle

Ecole Elémentaire

RESPONSABLE LEGAL

RESPONSABLE LEGAL 1		RESPONSABLE LEGAL 2	
Le responsable légal 1 est le destinataire redevable de la facturation et de tous les courriers.			
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser.....		Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser.....	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
.....		
Mail.....		Mail.....	
Profession :		Profession :	
N° Tél Domicile		N° Tél Domicile	
N° Tél Travail		N° Tél Travail	
N° Portable		N° Portable	

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant :

(Une pièce d'identité doit être fournie lors de la sortie avec cette personne.)

Nom/prénom : Lien avec l'enfant :
 Tél :

Nom/prénom : Lien avec l'enfant :
 Tél :

Nom/prénom : Lien avec l'enfant :
 Tél :

Nom/prénom : Lien avec l'enfant :
 Tél :

Personnes à prévenir en cas d'urgence : (par ordre de priorité)

- 1) Nom/prénom :Tél :
2) Nom/prénom :Tél :
3) Nom/prénom :Tél :
4) Nom/prénom :Tél :

Numéro d'allocataire CAF :

VOTRE ENFANT MANGERA-T-IL LA CANTINE ? OUI NON

Si oui, indiquez à quels moments en cochant le tableau ci-dessous :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI

**VOTRE ENFANT IRA-T-IL AU SMA ? (Service Multi Accueil)
OUI NON**

Si oui, indiquez à quels moments en cochant le tableau ci-dessous :

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI	
MATIN	SOIR	MATIN	SOIR	MATIN	MIDI	MATIN	SOIR	MATIN	SOIR

De la sortie des classes jusqu'à 18h30

Le mercredi midi de la sortie des classes jusqu'à 13h30

VOTRE ENFANT PRENDRA-T-IL LE BUS ? OUI NON

Si oui, indiquez à quels moments en cochant le tableau ci-dessous :

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI	
MATIN	SOIR	MATIN	SOIR	MATIN	MIDI	MATIN	SOIR	MATIN	SOIR

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE : OUI NON

J'autorise les photographies de mon enfant pour affichage en interne, diffusion sur presse locale ou site municipal.

Documents à fournir :

- une attestation d'assurance en responsabilité civile et extra-scolaire pour l'année en cours.
- une fiche sanitaire accompagnée des copies des pages de vaccinations de l'enfant.
- une attestation de quotient familial.

En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant.

Pour tous renseignements :

ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement) et SMA (Service Multi Accueil) :

06 40 42 26 19

Cantine : 05 61 82 56 05



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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

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

RUBÉOLE OUI NON VARICELLE OUI NON ANGINE OUI NON RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI NON SCARLATINE OUI NON

COQUELUCHE OUI NON OTITE OUI NON ROUGEOLE OUI NON OREILLONS OUI NON

ALLERGIES :
 ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES OUI NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CLAIRÉMENT :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES