



Vos autorisations

ENFANT

NOM :	Prénom :
Date de naissance : / / 20.....	Lieu de naissance :
Adresse :	
.....	
Classe :	

RESPONSABLE LEGAL 1

Père Mère Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse domicile :

.....

<input type="checkbox"/> domicile																				
<input type="checkbox"/> professionnel																				
<input type="checkbox"/> portable																				

@mail :

Profession ou code CSP (voir liste) :

.....

Adresse employeur :

.....

Situation familiale	Si séparé(e) ou divorcé(e) :	
	<input type="checkbox"/> Gardé monoparentale	
	<input type="checkbox"/> Gardé alternée :	
	<input type="checkbox"/> Semaine paire chez <input type="checkbox"/> Semaine impaire chez	
<input type="checkbox"/> Marié(e)/pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	
<input type="checkbox"/> Veuf(ve)		

RESPONSABLE LEGAL 2

Père Mère Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse domicile :

.....

<input type="checkbox"/> domicile																				
<input type="checkbox"/> professionnel																				
<input type="checkbox"/> portable																				

@mail :

Profession ou code CSP (voir liste) :

.....

Adresse employeur :

.....

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX)

M. - Mme : N°

Lien de parenté : Prévenir en cas d'urgence Oui Non

M. - Mme : N°

Lien de parenté : Prévenir en cas d'urgence Oui Non

M. - Mme : N°

Lien de parenté : Prévenir en cas d'urgence Oui Non

M. - Mme : N°

Lien de parenté : Prévenir en cas d'urgence Oui Non

Autorisez-vous que votre enfant soit photographié ou filmé lors de manifestations organisées dans le cadre de ses activités périscolaires à des fins de parution dans les publications municipales ?

Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à participer aux sorties de proximité organisées dans le cadre des activités périscolaires

Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul à l'issue de la garderie.

Oui Non

Si vous souhaitez que votre enfant parte seul de la garderie à une certaine heure, merci de le préciser.

Je souhaite que mon enfant parte seul de la garderie à

Autorisez-vous votre enfant à être repris par une personne mineure (frère ou sœur exclusivement) désignée par vos soins

Oui Non

NOM : Prénom :

AUTRES RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

N° de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché :

N° de l'assurance :

Régime social particulier : MSA -N° d'immatriculation :

N° Allocataire C.A.F:

Nom et adresse de l'assurance Responsabilité Civile (Individuelle accident) ou assurance scolaire

L'inscription des enfants sur les temps périscolaires par les familles vaut adhésion au règlement qui est notifié aux familles au moment de l'inscription.

Lu et approuvé, le

Signature du responsable légal

N'hésitez pas à vous faire aider de votre médecin pour remplir cette rubrique

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention "secret médical", à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

En cas d'urgence, un enfant ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'école ou le service périscolaire (selon le moment de la journée).

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil. Par exemple : les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux, soleil, piqûres d'insectes...) ou une opération chirurgicale récente :

Si oui, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

MALADIES EN COURS

Aigues ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil, par exemple : diabète, asthme, convulsion, allergies...

Si oui, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

LES MEDICAMENTS

Si un traitement est à prendre pendant le temps d'accueil de votre enfant, joindre la copie de l'ordonnance médicale.

Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites.

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

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

A renseigner obligatoirement

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :(Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
VACCINATIONS OBLIGATOIRES (pour les enfants nés à partir de 2018, recommandées pour ceux nés avant 2018) : (Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, Hépatite B)
VACCINATIONS RECOMMANDEES : (BCG)

Fournir un certificat de vaccinations,

ou une copie lisible des "pages vaccinations" du carnet de santé de l'enfant, mentionnant ses nom et prénom,

ou un certificat médical de contre-indication le cas échéant (le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique (nécessité d'un rappel tous les 5 ans) :

.....

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) ?

Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Mon enfant porte :

Des lunettes

Des prothèses auditives

Des prothèses dentaires

Autre appareillage, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

.....

Éventuellement, coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Je soussigné(e) M - Mme responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire présent à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant. Je m'engage à communiquer toutes modifications de renseignements concernant mon enfant qui pourraient intervenir au cours de l'année scolaire.

Lu et approuvé, le

Signature du responsable légal