

ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES – ANNÉE SCOLAIRE 20... /20...

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SANITAIRES

Le responsable légal de l'enfant est invité à signaler tout changement concernant les informations figurant sur la présente fiche.

**Celle-ci est valable pour une durée d'une année scolaire (septembre à août)
et est indispensable à l'accueil de l'enfant.**

Afin de garantir une prise en charge adaptée, aucun enfant ne pourra être accueilli sur les temps périscolaires et extrascolaires sans la réception de la fiche dûment complétée.

☞ **1 fiche à compléter par enfant**

1- ENFANT

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE


FILLE GARÇON

ECOLE

ACCUEIL DE LOISIRS :

REGIME ALIMENTAIRE :

Repas standard 

Repas carné sans porc 

Repas végétarien 

2- RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Représentant légal 1

NOM.....
Prénom
Date de naissance.....
ADRESSE (si différente du domicile familial).....
Code postal Ville.....
Numéros de téléphone
Portable Travail
E-mail @.....

Représentant légal 2

NOM.....
Prénom
Date de naissance.....
ADRESSE (si différente du domicile familial).....
Code postal Ville.....
Numéros de téléphone
Portable Travail
E-mail @.....

En cas de divorce ou de séparation des représentants légaux, les deux parents sont-ils autorisés à venir chercher l'enfant ? OUI NON

(En cas de jugement spécifique lié à l'autorisation parentale ou à la garde de l'enfant, merci de transmettre à l'administration la copie du jugement et le calendrier de garde)

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

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

Fournir une copie des pages de vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polio				BCG	
DT Tétracoq				Autres (préciser)	

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 suit-il un traitement médical pendant la fréquentation au centre/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		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME		SCARLATINE	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS		Autre :	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non		

☞ **VOTRE ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP : OUI NON**

Si oui, merci de préciser le type de notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (AESH, orientation, etc.) et de fournir une copie :

Les besoins spécifiques ou aménagements nécessaires :

.....

.....

.....

.....

- Existe-t-il un Projet Personnalisé de Scolarisation (P.P.S.) ? OUI NON

