

FICHE SANITAIRE - ANNEE 2020/2021
PÉRISCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS ET RESTAURATION SCOLAIRE

**Fiche à retourner avec le dossier d'inscription à la mairie,
le plus tôt possible et au plus tard le vendredi 3 juillet 2020**

FICHE SANITAIRE

Pièces obligatoires :

- Une fiche sanitaire par enfant
- La copie des vaccinations de votre enfant
- La copie de l'assurance scolaire ou responsabilité civile

Quotient familial

N° d'allocataire CAF

L'ENFANT

Nom : Prénom : Ecole : Ecole publique Victor Schoelcher
Date de naissance : ___ / ___ / ___ Classe : Ecole privée Saint Joseph Autres

LES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

	RESPONSABLE (1 ^{ère} personne à contacter)	CONJOINT (2 ^{ème} personne à contacter)	AUTRES (3 ^{ème} personne à contacter)
Nom - Prénom			
Qualité <i>(père, mère, tuteur, autre)</i>			
Téléphone domicile			
Téléphone travail			
Portable			
Quotient familial			

LE MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom :
Adresse :
Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

LA VACCINATION

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical du médecin traitant.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non

Indiquez ici les antécédents médicaux en précisant les dates (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisations, interventions chirurgicales) :

..... | / /
 | / /
 | / /
 | / /
 | / /

- Groupe sanguin de l'enfant :

- **L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :**

OUI (Si oui, joindre le P.A.I.) NON

- **L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) :**

OUI (Si oui, joindre un justificatif) NON

- **L'enfant a-t-il des allergies ?**

-Asthme : OUI NON

-Médicamenteuses : OUI NON

-Alimentaires : OUI NON

-Autres :

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

- **Actuellement, l'enfant suit-il un traitement :** OUI NON

Si oui, lequel ?
.....

- **Recommandations utiles des parents** (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, autres), précisez :

.....
.....
.....

AUTORISATIONS - POUR LE SERVICE POIL DE CAROTTE

- AUTORISE mon/mes enfant(s) à participer à toutes les activités proposées par l'équipe d'animation.
- AUTORISE mon/mes enfant(s) à sortir de la structure en présence du personnel pour participer à des activités d'éveil et de découverte.
- AUTORISE le transport de mon/mes enfant(s) dans le cadre des activités liées au fonctionnement de la structure.
- AUTORISE l'équipe d'animation à photographier et/ou à filmer mon/mes enfant(s) lors des activités et des sorties et à publier ou afficher les photos et/ou films sur les supports communaux suivants : site Internet de la Mairie, page Facebook de la Mairie, affichage dans le bâtiment de Poil de Carotte.

AUTORISATION DE SORTIE

Cette autorisation est faite pour les enfants qui partiront avec d'autres personnes que les responsables légaux, ou qui peuvent rentrer seuls le soir.

Je soussigné(e),, **agissant en qualité de** (Père / Mère / Tuteur)
autorise mon enfant (Nom + Prénom) :

Pour l'année scolaire :

à rentrer seul à la maison à partir de ___h___ (uniquement pour les enfants en primaire)

à rentrer accompagné par :

-Nom Prénom : Téléphone :

-Nom Prénom : Téléphone :

-Nom Prénom : Téléphone :

-Nom Prénom : Téléphone :

-Nom Prénom : Téléphone :

**A compléter au préalable, si vous autorisez la sortie de votre enfant seul ou accompagné d'une tierce personne.
A défaut, l'enfant ne sera pas autorisé à quitter la structure.**

Je soussigné(e), **certifie que les renseignements sont exacts.**

Le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Nom / Prénom :

Signature :