

# FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

NOM :  PRENOM :

DATE - LIEU DE NAISSANCE :

GARCON  FILLE

ADRESSE :

## REPRESENTANTS LEGAUX

Autorité parentale :  Père  Mère  Autorité conjointe

\* En cas d'autorité parentale non conjointe joindre le jugement de divorce précisant les modalités de garde ou jugement de séparation

### Mère :

NOM :  PRENOM :

N° TELEPHONE DOMICILE :  N° TELEPHONE PORTABLE :

N° TELEPHONE TRAVAIL :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE (si différente de l'enfant) :

### Père :

NOM :  PRENOM :

N° TELEPHONE DOMICILE :  N° TELEPHONE PORTABLE :

N° TELEPHONE TRAVAIL :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE (si différente de l'enfant) :

## DANS LE CAS OU LES REPRESENTANTS LEGAUX SONT INJOIGNABLES

2 personnes doivent être désignées (minimum). L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Seules les personnes âgées de 18 ans sont autorisées à venir chercher un enfant mineur.

NOM :  PRENOM :

N° DOMICILE :  N° PORTABLE :

LIEN AVEC L'ENFANT :

A contacter en cas d'urgence  Autoriser à reprendre l'enfant

NOM :  PRENOM :

N° DOMICILE :  N° PORTABLE :

LIEN AVEC L'ENFANT :

A contacter en cas d'urgence  Autoriser à reprendre l'enfant

NOM :  PRENOM :

N° DOMICILE :  N° PORTABLE :

LIEN AVEC L'ENFANT :

A contacter en cas d'urgence  Autoriser à reprendre l'enfant

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

## MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT (FACULTATIF)

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

N° DE TELEPHONE MEDECIN :

## VACCINATIONS

**Copie du carnet de santé avec mention des vaccins avec le nom et prénom de l'enfant à joindre obligatoirement.**  
(En cas de nouvelles vaccinations joindre la copie de celles-ci)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

### Allergies :

ALIMENTAIRES :  OUI  NON

Merci d'indiquer les aliments concernés : .....

↳ **PANIER REPAS FOURNI PAR LES PARENTS POUR TOUTE ALLERGIE ALIMENTAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES SUR LA COMMUNE**

MEDICAMENTEUSES :  OUI  NON

Merci d'indiquer les médicaments concernés : .....

Merci d'indiquer la conduite à tenir :

**PAI (protocole d'accueil individualisé) en cours** :  OUI  NON (joindre le protocole et toutes informations utiles) :

↳ **FOURNIR LE PROTOCOLE DE SOIN DU MEDECIN ET LE TRAITEMENT NECESSAIRE + PRENDRE CONTACT AVEC LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE.**

**INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, HANDICAP) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

• À titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES  
(à renseigner obligatoirement)**

Votre enfant porte-t-il :

- DES LENTILLES :  OUI  NON
- DES LUNETTES :  OUI  NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- DES PROTHESES AUDITIVES :  OUI  NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- APPAREIL DENTAIRE/DES PROTHESES:  OUI  NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal ou tuteur légal de l'enfant  
(NOM, PRENOM) : \_\_\_\_\_

• **Autorisations parentales**

**Autorise**  **N'autorise pas** l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

**Autorise**  **N'autorise pas** la ville et les prestataires liés à une activité organisée par un service municipal à utiliser les photos de mon enfant sur tous les supports municipaux papiers, numériques, autres et le filmer.

**Autorise**  **N'autorise pas** mon enfant fréquentant l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement élémentaire à rentrer seul après l'activité à laquelle il a participé (à partir de 6 ans – classe de CP).

• **Attestations parentales**

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service du guichet unique et les écoles de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale).

Je reconnais également avoir pris connaissance des règlements intérieurs, consultables en ligne ou à l'accueil de l'Hôtel de Ville, relatifs aux activités périscolaires, extra scolaires, séjours vacances d'été, crèche et facturation conformes aux délibérations du Conseil Municipal et déclare approuver ses contenus et m'engage à m'y conformer.

Je certifie que mon enfant est et sera couvert toute l'année ainsi que pendant les vacances scolaires par une assurance couvrant toutes les activités municipales et scolaires.

Date : \_\_\_\_\_

Signature des parents :