



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

Ce document sera transmis à l'équipe d'animation. Elle permet de délivrer aux animateurs les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

NOM, Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Classe :

1 – Responsable de l'enfant :

Mère

Nom.....Prénom.....

Adresse :

Tél (domicile, portable, travail) :

Père

Nom.....Prénom.....

Adresse :

Tél (domicile, portable, travail) :

2 – Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM / Prénom	Téléphone domicile	Téléphone portable

Personne non autorisée à venir chercher mon enfant (Attention : cette indication doit être accompagnée d'une décision de justice) :

3 – Départ après l'accueil périscolaire de l'après-midi :

(Uniquement pour les enfants de l'école élémentaire)

Mon enfant peut partir seul à la fin de l'accueil du soir : **oui*** **non***

4 – Renseignement concernant l'enfant :

Compagnie d'assurance scolaire.....

N° de contrat :

5 -Nom du médecin traitant et n° de téléphone :

.....
.....

L'enfant présente-t-il une allergie ?

ALLERGIES	OUI	NON	Causes (ex : arachide, aspirine, foins...)	traitement
Alimentaires				
Médicamenteuses				
Asthme				
Autres (à préciser)				

Conduite à tenir en cas de crise :

**Rayer la mention inutile.
Tournez svp.....*

Si votre enfant présente une autre maladie nécessitant la prise de médicaments tous les jours ou en urgence sur le temps scolaire ou périscolaire un Projet d'Accueil Individualisé devra être mis en place (Ceci ne concerne pas la prise occasionnelle de médicaments)

Bénéficie-t-il déjà d'un PAI (projet d'accueil individualisé) **oui*** **non***
 L'enfant présente-t-il un handicap ? **oui*** **non***
 Cela nécessite-t-il des mesures particulières ? **oui*** **non***
 Lesquelles.....

6 – Vaccinations (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
Diphtérie (polio)			
Tétanos			
Poliomyélite			
Autres			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication. Remplir ce tableau ou joindre une copie du carnet de santé.

7 – Informations complémentaires :

Mon enfant porte :
 • Des lentilles : **oui*** **non***
 • Des lunettes : **oui*** **non***

Autres recommandations, précisez :
 (Veuillez indiquer tout problème ou maladie nécessitant une attention particulière).....

8 – Autorisations :

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : **oui*** **non***
 J'autorise mon enfant à sortir des locaux périscolaires dans le cadre des activités : **oui*** **non***

**Rayer la mention inutile.*

Je soussigné(e),.....père, mère de
 l'enfant.....autorise le personnel communal à emmener mon enfant et être
 transporté par la navette (en cas de mauvais temps), afin de se rendre à la cantine au « Centre de Loisirs ».

9 – Droit à l'image, à l'écriture et au son :

Je soussigné(e).....

Autorise* n'autorise pas*

La prise de vue ainsi que la publication de l'image, du nom et de la voix de mon enfant.

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale....) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur et avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine et de l'accueil périscolaire et m'engage à le respecter.

Fait à Corrençon-en-Vercors, le

Signature