

ANNEXE1
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

➤ Renseignements sur la famille

En cas de garde alternée, 2 dossiers doivent être remplis : un par le père et un par la mère

Cochez la semaine concernée : Semaine paire Semaine impaire

	Responsable 1	Responsable 2 (en cas de parents séparés, inscrire le nom du conjoint vivant au foyer)
Nom		
Prénom		
Qualité (père, mère, tuteur...)		
Situation de famille		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Adresse mail		

➤ Renseignements sur les enfants à inscrire

Nom (majuscule)	Prénom	Date de naissance	Classe (à la rentrée)

➤ Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant (autre que les responsables légaux)

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom			
Prénom			
Lien avec l'enfant			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			

➤ Autorisation de sortie (uniquement pour les élémentaires)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant :

Nom prénom de l'enfant	Autorise l'enfant à partir seul à la fin de son heure de périscolaire du soir *
	Oui / Non
	Oui / Non
	Oui / Non

Et assume la pleine responsabilité de cette demande et décharge la commune et le SIS de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à : Le : Signature :

**rayez la mention inutile*

➤ Droit à l'image

Je soussigné, responsable légal de ou des enfants :

.....

Autorise le SIS à publier et utiliser des photos ou films sur lesquels figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient prises dans le cadre des activités périscolaires.

Fait à : Le : Signature :

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le 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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

ENGAGEMENT DE LA FREQUENTATION DU PERISCOLAIRE ET DE LA RESTAURATION

- Premier trimestre⁽¹⁾
- Deuxième trimestre⁽¹⁾
- Troisième trimestre⁽¹⁾

NOM	Prénom	Nombre de jours de fréquentation /semaine ⁽²⁾			Accueil du mercredi			
		Périscolaire		Restauration	<input type="radio"/> Régulier ⁽³⁾ <input type="radio"/> Occasionnel ⁽³⁾			
		Matin	Soir		Matin	Midi	Après-midi	

(1) Cocher le trimestre concerné

(2) Notez le nombre de jours par semaine sur lesquels vous voulez engager à mettre votre enfant au périscolaire ou la restauration scolaire. Cet engagement est trimestriel. Toute modification est possible jusqu'à 7 jours avant le jour concerné

(3) Cocher l'accueil prévisionnel

➤ Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

représentant légal du (des) enfant(s) :

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

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service périscolaire et l'école de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...).

Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et à la restauration et m'engage à m'y conformer.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative des élèves. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au SIS.

Fait à : Le :

Signature obligatoire

➤ Inscriptions aux temps périscolaires et cantine

Premier trimestre Deuxième trimestre Troisième trimestre

Semaine du au OU **Planning régulier sur le trimestre** (à cocher si le planning est le même chaque semaine)

Nom prénom de l'enfant	PAI (1)		Cantine (2)		Périscolaire (2)										
	Allergie alimentaire	Autre	L	M	J	V	07h15 - 07h30		07h30 - 08h30		16h05 - 17h00		17h00 - 18h00		
							L	M	J	V	L	M	J	V	L

(1) Ne concerne que les enfants souffrant d'un problème de santé particulier. Cocher « allergie alimentaire » si l'enfant souffre d'une intolérance ou d'une allergie alimentaire. Cochez « autre » si l'enfant souffre d'un autre problème de santé faisant l'objet d'un PAI avec l'éducation nationale, sur le temps scolaire.

(2) Cochez les cases concernées

