

1 – L'enfant

Nom : Prénom :

Sexe : garçon - fille

Date de Naissance :

2-- Vaccinations

Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant, ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

3 – Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otites	Asthme	Rougeole	Oreillons
non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/>				

4 – Recommandations des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèse auditives ou dentaires ? non - oui

Si oui, lequel ?

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? non - oui

Si oui, lequel ?

En aucun cas, les membres du personnel ne sont habilités à donner des médicaments aux enfants. En conséquence, merci de vous rapprocher de votre médecin pour éviter les prescriptions car celles-ci ne pourront être appliquées par nos services.

Médecin traitant : Dr à

Tél

Allergies alimentaires

mon enfant n'est pas allergique :

J'atteste que mon enfant ne présente pas de contre-indication à la prise de repas à la cantine de Saint-Memmie.

Signature,

mon enfant est allergique à :
Obligation de faire un PAI

Les enfants atteints d'allergie ne peuvent être accueillis que sur présentation d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Demande à faire auprès du directeur de l'école le plus tôt possible pour un rendez-vous auprès du médecin scolaire qui établira le PAI en fonction du protocole médical fourni par l'allergologue.

Signature,

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

5 – Responsables de l'enfant

Père

Nom : Prénom :

Adresse :

N° S.S. Email.....

N° Tél. Dom..... N° Tél. port.....

Mère

Nom : Prénom :

Adresse :

N° S.S. Email.....

N° Tél. Dom..... N° Tél. port.....

Situation familiale : Marié(e) - Vie maritale - Séparé(e) - Garde alternée - Seul(e)

Adresse du centre payeur :



6 – En cas d'urgence : Personnes à joindre et autorisées à reprendre l'enfant (min. 2 pers)

Nom et prénom	Téléphone

7 – Autorisations parentales

• **Autorisation de sortie**

Le personnel est autorisé à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

A....., le..... Signature

• **Autorisation d'hospitalisation**

Le personnel est autorisé à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales)

A....., le..... Signature

• **Autorisation de publication**

Le personnel est autorisé à photographier mon enfant pour les publications dans le journal, sur le site internet communal et sur les réseaux sociaux de la commune.

Oui Non

A....., le..... Signature

• **Autorisation d'activités**

Mon enfant peut participer à toutes les activités proposées dans le cadre de "l'accueil de Loisirs sans hébergement" à l'intérieur ou à l'extérieur (randonnée Vélo, patinoire, camping).

A....., le..... Signature

• **Autorisation de transport**

Le personnel est autorisé à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe ou en cas de nécessité.

A....., le..... Signature

Facturation

Payeur ou Personne destinataire de la facture :

Nombre d'enfant(s) à charge : Quotient familial.....

N° allocataire CAF/MSA :

Merci de fournir l'attestation CAF ou courrier mentionnant ces renseignements

Pour les bénéficiaires des « aides aux temps libres » de la CAF (bons vacances), la ville déduit la réduction journalière au moment de l'édition de la facture. Les familles s'engagent à rembourser les journées ou ½ journées d'absences de l'enfant à la fin du séjour (non remboursés par la CAF).

Montant avis imposition 2023 (si non allocataire CAF/MSA)
(photocopie avis d'imposition à fournir)

Assurance

Nom de la compagnie..... N° de contrat

Merci de fournir l'attestation d'assurance scolaire/extrascolaire de votre enfant

Type de repas

Toutes les viandes OU Végétarien (poisson, œufs)

Prise en charge des enfants

Mon enfant peut repartir seul à 17h30 de l'école Saint-Exupéry

OUI NON

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à prévenir le service jeunesse de tout changement éventuel.

Fait à, le
Signature du/des Responsable(s) Légal(ux),