



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Crèche / Accueil de loisirs /
Etudes surveillées / Restauration scolaire

FICHE ENFANT (1 fiche par enfant)

2021-2022

Feuille B

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénom :

Sexe : F M Date de naissance : Age :

Poids :kg Taille :cm (information nécessaire en cas d'urgence)

Lieu de naissance :

PHOTO
(Obligatoire)

Ecole maternelle la Cardelina Ecole élémentaire Jean Moulin Collège
Autres / Non scolarisé Classe à la rentrée 2021 :

Prestations familiales et assurance

Allocataire : Père Mère

Organisme de prestations familiales (CAF – MSA – autres)	
Nom de l'organisme	N° auquel est rattaché l'enfant

Police d'assurance en responsabilité civile et individuelle accident :	
Société d'assurance	N° de contrat

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et /ou à prévenir en cas d'urgence

Nom et prénom (autres que les responsables légaux)	Lien de parenté ou autres	Tel. domicile	Tel. portable	A contacter en cas d'urgence	Autoriser à récupérer l'enfant
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation de sortie (uniquement enfant scolarisé en élémentaire et plus)

L'enfant est-il autorisé à partir seul ?

A la fin des activités de l'ALSH (le soir après l'école, mercredis, petites et grandes vacances, samedis...) oui non

Je, soussigné(e).....assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à..... le..... Signature :

Renseignements médicaux concernant l'enfant*(Fournir les photocopies identifiées des vaccinations du carnet de santé)*

Nom du médecin traitant : Tel. médecin :

VACCINATIONS							
se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant							
VACCINS OBLIGATOIRES				VACCINS RECOMMANDES			
L'enfant est-il vacciné contre :	oui	non	Nombre d'injections	L'enfant est-il vacciné contre :	oui	non	Nombre d'injections
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rougeole-Rubéole-Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

MALADIES					
l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?					
Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES					
l'enfant a-t-il eu des allergies ?					
si oui joindre le certificat médical mentionnant l'allergie et fournir un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)					
Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Animaux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser :	

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (Joindre, si prise de médicaments, la prescription médicale avec les médicaments nécessaires dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

.....

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ en précisant les précautions à prendre (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation)

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. (préciser)

.....

Je soussigné 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 rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (En particulier pour les enfants de 0 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38,5 ° à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).

Fait à Le.....

Mention « lu et approuvé » :
Signature
La mère

Mention « lu et approuvé » :
Signature
Le père