

Direction de l'enfance et de l'éducation

Tél.: 01 30 40 22 05 ou 22 25

*PHOTO
OBLIGATOIRE*

*Merci de la **coller** à
cet emplacement
Ne pas utiliser
d'agrafe ou de
trombone*

Nom de l'enfant :

Prénom : Garçon Fille

Adresse :
.....

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole fréquentée :

Familie	Père	Mère
Nom et prénom		
Adresse		
N° Sécurité sociale		
Nom et adresse de l'employeur		
Domicile		
Professionnel		
Portable		
N° d'allocataire CAF		

Indiquez ci-dessous les coordonnées de toutes les autres personnes pouvant être contactées en cas de problème ou d'accident ou pouvant reprendre l'enfant dans la journée, si nécessaire :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté, ami, voisin...

ATTENTION : tout dossier incomplet vous sera retourné et l'enfant ne sera pas admis aux activités

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre indication.

DT POLIO ou TETRACOQ Date de la vaccination (3^{ème} vaccin) :
Date du dernier rappel:

INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUBIES :

ALLERGIES : **ASTHME** **OUI** **NON** **MEDICAMENTEUSES** **OUI** **NON**

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom et téléphone :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ET CONDUITE A TENIR

Indiquez dans le cadre ci-dessous toutes les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant : (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires...)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER – PRESCRIPTION MEDICALE OU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Indiquez dans le cadre ci-dessous si votre enfant suit un traitement de longue durée ou nécessite un régime alimentaire particulier **pour des raisons médicales exclusivement**.

Merci de joindre le certificat médical établi par votre médecin traitant et/ou allergologue.

Avant toute admission au restaurant scolaire, vous devrez rencontrer le médecin scolaire afin qu'un PAI soit établi.

MON ENFANT SERA AMENE A FREQUENTER :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> l'accueil pré-scolaire (matin) | <input type="checkbox"/> le restaurant scolaire |
| <input type="checkbox"/> l'accueil post-scolaire (soir) | <input type="checkbox"/> l'étude surveillée |

Je soussigné(e) Mme, M (indiquez votre nom)

responsable légal de l'enfant (indiquez son prénom)

- 1 – déclare exact les renseignements portés sur la présente fiche
- 2 – autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales (y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place) et m'engage à régler tous les frais consécutifs.
- 3 – autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils de loisirs, ainsi que la prise de photos ou de films. En cas de contre-indication à la pratique d'activités physiques notamment, veuillez fournir un certificat médical.
- 4 – atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités péri et extrascolaires et m'engage à le respecter
- 5 – m'engage à prévenir la mairie de toute modification sur cette fiche sanitaire.

Fait à Saint-Leu-la-Forêt, le

Signature : Le responsable légal

Nom et prénom du signataire :

ATTENTION : tout dossier incomplet vous sera retourné et l'enfant ne sera pas admis aux activités

