



ACCUEIL PERISCOLAIRE 2018/2019



(DOCUMENT A COMPLETER EN MAJUSCULES)

Nom de l'enfant : Ecole :

Prénom de l'enfant : Classe :

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Médecin traitant :
Certificat médical (en cours) : Oui Non Autorisation d'intervention médicale : Oui Non

Demande de PAI : Oui Non (Repas spécifiques en cas d'allergies, enfant atteint de handicap...)

Autorisation de prise de photographie : Oui Non

| Personnes à prévenir en cas d'accident | Personnes habilitées à récupérer l'enfant |
|--|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Mail :@.....

PARENT 1 / PARENT 2 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE (rayer les mentions inutiles) :

Nom : Prénom : Né le :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Tél. Domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| Tél. Professionnel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Tél. Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

N° de sécu : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Clé : |_|_| Centre de sécu :

Employeur : Profession :

CAF : N° CAF : Autre Régime : N° :

Quotient :

Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

PARENT 1 / PARENT 2 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE (rayer les mentions inutiles) :

Nom : Prénom : Né le :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : Quartier :

Tél. Domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| Tél. Professionnel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Tél. Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

N° de sécu : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Clé : |_|_| Centre de sécu :

Employeur : Profession :

Observations (Régime particulier, ...) :

Je soussigné(e) : déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
J'atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du périscolaire à Maintenon.

Fait à :, le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| Signature(s) :

Pièces à joindre :

- Photocopie du dernier avis d'imposition
- Photocopie du carnet de santé (pages vaccinations) ou tableau des vaccinations complété avec attention.



**FICHE
SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant/du jeune).

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

SI L'ENFANT/LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant/Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence à la structure ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT/LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | SCARLATINE |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | 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 A TENIR

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT/JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4 - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant/jeune à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant/jeune à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 - RESPONSABLE DE / DU L'ENFANT / JEUNE

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant/du jeune, 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 l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature(s) :