



ACCUEIL PERISCOLAIRE D'ETRICHE Et RESTAURANT SCOLAIRE

Fiche de renseignements 2022/2023

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Sexe : Fille Garçon

Nom de l'école : Alphonse Daudet Les Templiers

Niveau en septembre 2022 : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX :

| | Responsable légal 1 | Responsable légal 2 |
|---|---|---|
| Nom/Prénom | | |
| Date et lieu de naissance | | |
| Qualité | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice |
| Situation familiale | <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin | <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin |
| Adresse | | |
| Code postale et Commune | | |
| Téléphone Portable | | |
| Téléphone Domicile | | |
| Téléphone Professionnel | | |
| Courriel | | |
| Profession | | |
| CAF/MSA | <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Département : __ | <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Département : __ |
| Autorité parentale | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Facturation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| En cas de séparation et de facturation alternée | <input type="checkbox"/> Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine Impaire | <input type="checkbox"/> Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine Impaire |

PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT (EN DEHORS DES PARENTS)

| Nom | Prénom | Lien de parenté | Téléphone fixe | Portable | A prévenir en cas d'urgence |
|-----|--------|-----------------|----------------|----------|-----------------------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |

VACCINATIONS :

| VACCINS | Oui | Non | Dates des derniers rappels | VACCINS | Oui | Non | Dates des derniers rappels |
|--|-----|-----|----------------------------|---|-----|-----|----------------------------|
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) | | | | Infections à pneumocoque | | | |
| Coqueluche | | | | Méningocoques de serogroupe C | | | |
| Haemophilus influenzae de type B | | | | Rougeole, oreillons et la Rubéole (ROR) | | | |
| Hépatite B | | | | AUTRE : _____ | | | |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil périscolaire ou au restaurant scolaire ? OUI NON
Aucun médicament ne pourra être administré

Maladies :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

| | |
|--|--|
| RUBEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | ROUGEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| COQUELUCHE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | RHUMATISME ARTICULAIRE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| OTITE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | OREILLONS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| VARICELLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | SCARLATINE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ANGINE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | AUTRE (Préciser) : |

Allergies :

Conduite à tenir ↓

| | |
|---|--|
| ASTHME: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| ALIMENTAIRE: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| MEDICAMENTEUSE: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| AUTRE: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Autres difficultés de santé :

.....

Je soussigné(e), Responsable légal(e) de l'enfant, 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 serve d'urgence.

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du responsable.

Merci de fournir les éléments suivants :

- Copie des vaccinations
- Attestation d'assurance périscolaire
- Attestation de quotient familial

AUTORISATIONS PARENTALES ET DECHARGES

Je soussigné(e), _____, responsable légal(e) de l'enfant _____ autorise :

| | |
|--|---|
| Le transport de mon enfant à l'école et dans différents lieux pour la pratique d'activités | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| La prise de photos ou vidéos de votre enfant lors des activités périscolaires et restaurant scolaire en usage interne | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| La prise de photos ou vidéos de votre enfant lors des activités périscolaires et restaurant scolaire sur des supports de communication (site internet, flash infos...) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Mon enfant, à partir de 8 ans, à rentrer seul de l'accueil périscolaire | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Madame, Monsieur _____ **certifie(nt) avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'accueil périscolaire et du restaurant scolaire et d'en accepter les conditions.**

A, Le

« lu et approuvé » et signature des parents