



Commune d'Étriché

ACCUEIL PERISCOLAIRE D'ETRICHE Et RESTAURANT SCOLAIRE

Fiche de renseignements 2024/2025

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

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

Sexe : Fille GarçonNom de l'école : Alphonse Daudet Les TempliersNiveau en septembre 2024 : 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