

FICHE INDIVIDUELLE et sanitaire (à remplir obligatoirement, une fiche par enfant)
avec autorisations parentales annuelles

Renseignements sur l'enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance : Garçon Fille
Adresse : Commune :
École : Classe et niveau fréquenté :

Autorisations parentales

Je soussigné(e) (nom, prénom des responsables légaux) :

- **Déclare avoir pris connaissance** des règlements intérieurs (Restaurant Scolaire, Garderie et TAP) qui régissent leur fonctionnement (reçus par courrier, téléchargeables sur le site communal, consultables en mairie et affichés) pour l'enfant cité ci-dessus et **m'engage à les respecter**
- **Autorise** le déplacement de mon enfant sur les lieux d'accueil des TAP selon les besoins des activités
- **Autorise** la diffusion de la (les) photographie(s) et autres documents filmés de mon enfant (bulletin municipal, journaux et éditeurs d'ouvrages locaux) : Oui Non

GARDERIE

- **Autorise** mon enfant (du CP au CM2) à partir seul à l'issue de l'étude surveillée les **lundis**, soit à 16h45 :
Oui Non

TAP

- **Autorise** mon enfant (du CP au CM2) à partir seul à l'issue des **TAP, les mardis et jeudis**, soit à 17h15 :
Oui Non
- **Viendrai** chercher mon enfant **pendant** les **TAP** (prévoir l'inscription en **TLA**), **les mardis et jeudis** :
Oui Non
↪ Jour Heure
- **Autorise** mon enfant (du CP au CM2) à partir seul **pendant** les **TAP** (prévoir l'inscription en **TLA**), **les mardis et jeudis** :
Oui Non
↪ Jour Heure
↪ Motif obligatoire :

Fait à, le

SIGNATURES des responsables légaux



Retour de ce document à la Mairie avant la rentrée
ou au Restaurant Scolaire le 1er septembre, jour de rentrée, au plus tard

NOM et PRENOM de l'enfant :

Date de naissance : Âge en 2016 :

■ L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

■ L'enfant a-t-il eu les vaccins suivants ? (ou photocopie des « pages vaccinations » du carnet de santé)

Vaccins	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polio				Autres (préciser)	
Tétra-coq					
BCG					

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

■ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

■ L'enfant est-il allergique ?

 Allergie : Médicamenteuse Oui Non Alimentaire Oui Non Autre Oui Non

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

■ Autres problèmes de santé Asthme Oui Non

 Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

 Précisez les recommandations utiles (lunettes, lentilles, appareil dentaire,...) :

NOM ET  DU MEDECIN TRAITANT :

Nom et adresse de la CLINIQUE ou de l'HOPITAL souhaité :

 Mme et Mr..... responsables légaux de l'enfant :
, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisent le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

SIGNATURES des responsables légaux

Date :