FICHE MÉDICALE

Informations concernant la santé de votre enfant :

Observations particulières : **allergies*** (asthme, à certains aliments, animaux, ou autres), traitement en cours, précautions .....

.....

***Joindre un certificat médical- dossier PAI**

Important : date du dernier rappel du vaccin antitétanique :

/__/__/__/__/__/__/

Port de lunettes : ☐ OUI ☐ NON Pour les activités extérieures : .....

En cas d'urgence, personnes à joindre :

Ajouter le n° de téléphone	Responsable 1	Responsable 2
Domicile		
Portable		
Travail		

Si impossibilité de joindre les personnes désignées ci-dessus,

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Fixe : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Portable : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Travail : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Médecin traitant : Nom Prénom : .....

N° téléphone : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est transporté et orienté par les services de secours vers l'hôpital le plus adapté. Les parents seront immédiatement avertis par nos soins.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

à remettre en Mairie avant le 23 août 2022

ÉCOLE : .....

photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022/2023

NOM PRÉNOM DE L'ENFANT

Date et lieu de naissance : le /__/__/__/__/__/__/__/__/ à .....

Sexe : ☐ F ☐ M

Adresse : .....

Entre en classe de : .....

Coordonnées du représentant légal 1 :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/ à .....

Fixe : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Portable : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Travail : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ - Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Adresse mail : .....

Coordonnées du représentant légal 2 :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/ à .....

Fixe : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Portable : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Travail : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ - Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Adresse mail : .....

En cas de séparation des parents, et si nécessaire pour notre service périscolaire, merci de préciser les mesures particulières concernant la garde de votre enfant

.....

.....

Frère(s) – Sœur(s) scolarisés dans une école de la commune : (Nom, prénom, classe et école fréquentée) :

.....

.....

Les personnes citées ci-dessous sont autorisées à prendre en charge mon enfant à la sortie des temps d'accueil périscolaire (garderie) : (Nom, prénom, et n° de téléphone) :

.....

.....

Numéro allocataire (indispensable) :

☐ CAF .....

☐ MSA .....

☐ Non allocataire

Assurance périscolaire souscrite – responsabilité civile : ☐ OUI

Nom : .....

N° de contrat : .....(joindre copie de l'assurance)

Je soussigné(e) .....

responsable de l'enfant .....

Déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches, concernant les temps périscolaires :

1. Prends acte qu'en cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est transporté et orienté par les services de secours vers l'hôpital le plus adapté. Les parents seront immédiatement avertis par nos soins.
2. Autorise les organisateurs à utiliser l'image de mon enfant pour promouvoir les activités périscolaires : ☐ OUI ☐ NON
3. La signature de cette fiche entraîne l'acceptation des règlements relatifs aux deux temps périscolaires (garderie, restaurant scolaire).
4. Inscrits mon enfant aux activités suivantes :

☐ Garderie

☐ Restaurant scolaire : ☐ Carte ☐ Occasionnel (imprimé à remplir)

Mode paiement mensuel :

☐ Prélèvement automatique (uniquement pour ceux inscrits à la carte)

☐ Paiement par internet www.tipi.budget.gouv.fr

☐ Paiement par chèque auprès de la Trésorerie

Noyen, le /__/__/__/__/__/__/. Signature :