



**ACCUEIL PÉRISCOLAIRE - ACCUEIL DE LOISIRS
FONTAINE AU PIRE
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

Fiche Renseignement enfant

Enfant

Nom Prénom

Age : Sexe :

Né (e) le __/__/__ à _____

N° de sécurité sociale :

Nationalité :

Famille

M./ Mme

Adresse :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Télécopie :

E-mail :

Régime : CAF / MSA / Autres

Situation Familiale :

Quotient Familial

Nombre Total d'Enfants :

Assurance :

Nombre d'Enfants à Charge :

N° de police

INSCRIPTION : Année scolaire 2024-2025

Fiche Parent 1 :	Fiche Parent 2 :
Nom _____ Prénom _____ Né le ___/___/___ à _____ Nationalité : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____ Mobile : _____ N° de sécurité sociale : _____ N° Allocataire CAF : _____ Profession : _____ Société : _____ Tel. Professionnel : _____ Autorité Parentale : Oui / Non	Nom _____ Prénom _____ Née le ___/___/___ à _____ Nationalité : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____ Mobile : _____ N° de sécurité sociale : _____ N° Allocataire CAF : _____ Profession : _____ Société : _____ Tel. Professionnel : _____ Autorité Parentale : Oui / Non

Autorisations		Commentaires
Autorisation de sortie	oui / non	
Départ seul	oui / non	
Prise d'images	oui / non	
Diffusion d'images	oui / non	
Transport collectif	oui / non	

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Régime Alimentaire	Commentaires

Allergie	Commentaires
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccins	Dernière Vaccination	Prochaine Vaccination
BCG	__/__/__	
COQUELUCHE	__/__/__	__/__/__
DIPHTERIE	__/__/__	__/__/__
DT POLIO	__/__/__	__/__/__
HEPATITE B	__/__/__	__/__/__
POLIOMYELITE	__/__/__	__/__/__
ROR	__/__/__	__/__/__
TETANOS	__/__/__	__/__/__
TETRACOQ	__/__/__	__/__/__

Médicament	Début	Fin	Commentaires
	__/__/__	__/__/__	
	__/__/__	__/__/__	
	__/__/__	__/__/__	

Antécédents Maladie(s)	OUI	NON	Commentaires
ANGINE			
COQUELUCHE			
OREILLONS			
OTITE			
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
ROUGEOLE			
RUBEOLE			
SCARLATINE			
VARICELLE			

Notes Médicales

Autorisation d'Hospitalisation : OUI NON

Etablissement Hospitalier :

Autorisation de traitement contre la Pédiculose (contre les poux) :

Antécédents Médicaux	Commentaires - Hospitalisation

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Personnes autorisées à récupérer l'enfant					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

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

J'autorise le responsable de la structure à prendre pour mon enfant, toute disposition nécessaire en cas d'urgence, notamment l'hospitalisation si l'état de santé le nécessite, et ce, dans la mesure du possible, dans l'établissement désigné ci-dessus.

Je m'engage en outre à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques qui pourraient être engagés pour les soins à apporter à mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du **Projet Pédagogique** et du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature des responsables légaux ou du tuteur légal.