

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**Nom : Prénom :  Fille  Garçon Date de naissance :

Votre enfant fréquentera :

- L'accueil périscolaire  
 Le service cantine

	Mère	Père
Nom Prénom		
Situation familiale (marié, ....)		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Courriel* Cet e-mail servira d'identifiant pour votre futur accès « Portail-Familles » et pour toutes communications.		
Assurance responsabilité civile couvrant l'enfant (nom de la compagnie + numéro) :		
Régime de l'enfant : <input type="checkbox"/> CAF Régime général <input type="checkbox"/> MSA	Numéro CAF obligatoire :	

Autres personnes à prévenir et autorisées à récupérer l'enfant :

Nom	Prénom	Téléphone

Votre enfant est-il autorisé à partir seul?  oui  non

Renseignements divers, recommandations utiles des parents : .....

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e)..... père, mère, tuteur, responsable légal de l'enfant.....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs.
- Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Fait le .....à.....

Signature Nom Prénom :.....

**FICHE MEDICALE****A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT****ENFANT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Fille Garçon **VACCINATIONS :**L'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires **APTITUDE :**L'enfant est apte à la vie en collectivité L'enfant est apte à la pratique du sport **ALLERGIE OU MALADIE DE L'ENFANT :**Allergie médicamenteuse : oui  non 

Si oui laquelle :

Allergie autre : oui  non 

Si oui laquelle :

Traitement : oui  non 

Si oui lequel :

Indiquez ici les difficultés de santé en précisant les dates :

(Maladie(s), accident(s), crise(s) convulsive(s), hospitalisation(s), opération(s), rééducation(s))

.....  
.....

Un protocole d'accueil individualisé (PAI) peut être mis en place selon le problème de santé rencontré.

*Pour information, le PAI qui pourrait être mis en place par le médecin scolaire n'est valable que pour le temps d'accueil scolaire et non pour l'accueil de votre enfant sur le temps périscolaire.***ALLERGIE OU MALADIE NECESSITANT UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE :**

Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s)

oui  non 

Problème(s) respiratoire(s)

oui  non 

Trouble(s) neurologique(s)

oui  non 

Trouble(s) de la coagulation sanguine

oui  non 

Diabète

oui  non 

Autre(s) problème(s) de santé:

oui  non  lequel(s)

Je soussigné(e), ....., déclare exacts les renseignements médicaux portés sur cette fiche.

Date

tampon et signature :