



Périscolaire et Cantine FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026

Nom : _____ **Date de naissance :** _____ **Fille**
Prénom : _____ **Garçon**

Votre enfant fréquentera :

- L'accueil périscolaire Matin Soir**
- Le service cantine**

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom Prénom		
Situation familiale (marié, vie maritale, séparé...)		
Profession des responsables		
Adresse		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Adresse mail obligatoire (au moins 1 par famille)		
Régime de l'enfant : CAF OU MSA (Joindre une copie attestation sur le portail famille)		

Personnes à prévenir et autorisées à récupérer l'enfant : (vous pouvez en rajouter sur votre portail famille)

Nom	Prénom	Téléphone

Personnes non autorisées à venir chercher l'enfant : (attention : cette indication doit être accompagnée d'une décision de justice)

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT

Votre enfant est-il autorisé à **partir seul** ? Oui non

VACCINATIONS

Le tableau ci-dessous doit être **obligatoirement accompagné des copies des pages de vaccinations** du carnet de santé à **déposer sur votre portail famille**

Votre enfant est-il à jour de ces vaccinations : oui non

VACCINS*OBLIGATOIRES POUR TOUT LES ENFANTS	VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NES A partir de 2018
DTP	DTP, MENINGOCOQUE, ROR, COQUELUCHE, HIB,HEPATITE B, PNEUMOCOQUE

* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT /BESOINS SPECIFIQUES

a) L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires :	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser a quoi :
Allergies médicamenteuses :	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
Autres allergies : (pollen, graminées...)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser :
Régimes alimentaires Sans porc	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
Régimes alimentaires Sans viandes	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
Votre enfant bénéficie-t-il de L'AAEH ? (Allocation de l'éducation à l'enfant handicapé)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? (Protocole d'aide individualisé)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

b) L'enfant suit un traitement médical régulier ?

NON OUI

Si oui, prendre le contact avec la directrice pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil Individualisé).

Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.

d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

.....
.....

Si oui, prendre contact avec La directrice pour la mise en place d'un éventuel PAI

Informations utiles signalées à nous signaler :

L'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... :

.....
.....

Je soussigné(e),, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs 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.

Date :

Signature(s) :

Coordonnées de l'organisateur

Mairie de Charleval-13350 Charleval
04.42.28.41.18

COORDONNEES DU PERISCOLAIRE :

Périscolaire de Charleval - Charlotte Guy (directrice) - cours de la république - 13350 Charleval
Tél : 06.13.75.76.17 - Mail : periscolaire@charleval13.fr

