



## Périscolaire et Cantine FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025

**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...)		
Profession des parents		
Adresse		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Adresse mail obligatoire (au moins 1 par famille)		
Régime de l'enfant :		
Numéro CAF :		
<b>Ou</b> Numéro MSA :		

**Personnes à prévenir et autorisées à récupérer l'enfant :**

Nom	Prénom	Téléphone

Si c'est le cas, **personne non autorisée** à venir chercher mon enfant (attention : cette indication doit être accompagnée d'une décision de justice) : .....

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

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

Votre enfant bénéficie-t-il d'**un PAI** ?  Oui  non

### **VACCINATIONS**

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

VACCINS*OBLIGATOIRES POUR TOUT LES ENFANTS	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NES A partir de 2018	DATE
DTP		MENINGOCOQUE	
		ROR	
		Coqueluche	
		HIB	
		HEPATITE B	
		PNEUMOCOQUE	

\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

<b>Allergies alimentaires :</b>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>Si oui, préciser a quoi :</b> .....
<b>Allergies médicamenteuses :</b>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
<b>Autres allergies :</b> (pollen, graminées...)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>Si oui, préciser :</b> .....
<b>Asthme</b>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
<b>Diabète</b>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
<b>Epilepsie</b>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
<b>AUTRES</b> (sans porc, sans viande...)	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.

### **c) L'enfant est apte à la pratique du sport :**

NON  OUI

**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](mailto:periscolaire@charleval13.fr)

