



FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS 2018 - 2019

Accueil périscolaire, Accueils de loisirs « Les Marmots »
Restaurant scolaire, ramassage scolaire

A REMETTRE AUX AGENTS DU PERISCOLAIRE OU A LA CCY

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_| Garçon Fille

Ecole fréquentée : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANTS LES PARENTS

Personne responsable de l'enfant	<input type="checkbox"/> Père Cocher UNE personne à	<input type="checkbox"/> Mère qui s'adresse la facture	<input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Conjoint
Nom			
Prénom			
Adresse			
Tél maison			
Tél portable			
Tél travail			
Mail			

Les parents sont-ils séparés ? OUI NON

L'autre parent est-il autorisé à venir chercher l'enfant ? OUI NON (joindre une copie du jugement obligatoirement)

N° d'allocataire CAF (obligatoire) : _____

N° d'allocataire MSA (obligatoire) : _____ Autre régime : _____

*Joindre l'attestation du quotient familial ou vos revenus,
dans le cas échéant le tarif le plus élevé sera appliqué.*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

Date du dernier rappel **DT-Polio** : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Si l'enfant a des **allergies**, cocher lesquelles et merci de fournir le document médical pour la conduite à tenir :

- Asthme
- PAI (Projet d'accueil individualisé)
- Alimentaire : _____
- Médicamenteuses : _____
- Autres : _____

Nom et tél. du médecin traitant : _____ |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nom et tél. de l'allergologue : _____ |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à quitter les accueils accompagné des personnes suivantes (pièces d'identité à fournir à la personne de l'accueil où se trouve l'enfant) :

NOM	PRENOM	TELEPHONE(S)	LIEN DE PARENTE
		OU	
		OU	
		OU	
		OU	

AUTORISATION PHOTO

J'autorise les différents accueils :

à photographier / filmer mon enfant et à diffuser les photographies ou films dans les bulletins d'information ou manifestations de la CCY.

AUTORISATION DE SORTIES ET DE TRANSPORTS EN TEMPS PERISCOLAIRES

J'autorise les différents accueils :

à sortir avec les animateurs et intervenants lors du temps périscolaire et des TAP

à prendre un transport, lors du temps périscolaire

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des accueils à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : _____

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :

