



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>DATES</b>
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES : ASTHME** oui  non

**MEDICAMENTEUSES** oui  non

**ALIMENTAIRES** oui  non

**BENEFICIAIRE AEEH** oui  non

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.) **Votre enfant porte-t-il ?**

**DES LUNETTES :** oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**DES PROTHÈSES AUDITIVES :** oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :** oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT** .....

**INFORMATIONS FACTURES :**

Souhaitez-vous être facturé par prélèvement : oui  non

➔ Si vous optez pour le paiement par prélèvement automatique pour la 1<sup>ère</sup> fois, joindre un relevé d'identité bancaire complet, nous vous enverrons l'imprimé nécessaire au prélèvement

Souhaitez-vous recevoir votre facture par mail : oui  non

Si oui merci de vérifier dans vos courriers indésirables

## AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non
- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées dans le cadre des services périscolaires, ALSH mercredi et ALSH vacances : oui  non
- J'autorise mon enfant à participer aux activités nécessitant des déplacements : oui  non
- J'autorise la prise de photos ou vidéos et la diffusion de l'image de mon enfant à titre gratuit, sur tout support de communication et d'information de la Mairie (affichage, site web, bulletin municipal, presse locale, etc...) dans le cadre de la promotion des activités périscolaires et sportives : oui  non
- J'autorise mon enfant à sortir seul du service accueil périscolaire, ALSH mercredi et ALSH vacances : oui  non

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

- *Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.*
- *Déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'accueil périscolaire, de la restauration scolaire et de l'ALSH.*
- *Je suis informé(e) et accepte que ces données soient enregistrées dans une application de réservation et facturation des prestations Enfance de la Commune de La Ménitrie. La Commune s'engage à n'en faire aucun autre usage et à ne pas les communiquer à des tiers.*
- *Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date

Signatures des représentants

### Pièces jointes à retourner avec la fiche sanitaire de liaison :

- Attestation de quotient familial (*en l'absence le tarif maximum sera appliqué*)
- Extrait du jugement de divorce/séparation précisant les modalités de garde et de l'autorité parentale