



Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ Sexe : masculin / féminin Nationalité : _____

Adresse : _____

Ecole fréquentée : Pierre Perret Maurice Genevoix Sainte Anne Classe : _____

Famille

Mme _____ Autorité Parentale : Oui / Non

* Téléphone de la maman : ___ - ___ - ___ - ___ ou éventuellement : ___ - ___ - ___ - ___

Adresse de la maman : _____

M. _____ Autorité parentale : Oui / Non

* Téléphone du papa : ___ - ___ - ___ - ___ ou éventuellement : ___ - ___ - ___ - ___

Adresse du papa : _____

* Merci de nous indiquer par une croix LA personne à contacter en priorité

Situation familiale : _____

Courriel de correspondance : _____ @ _____

Régime : CAF / MSA / Autre Coefficient : _____

Type d'assurance : _____ Assureur : _____ Date de validité : _____

ATTENTION : l'attestation d'assurance doit comporter les nom et prénom de l'enfant, une date de validité couvrant la période de présence de l'enfant, la notion de péri et / ou extra scolaire (en fonction de la période concernée)

Personnes autorisée(s) à venir récupérer l'enfant (autorisation valable pour tous les services péri et extra scolaires exceptée pour le service de restauration) :

Mère : OUI / NON Père : OUI / NON

Commentaires : _____

M. _____ Qualité : _____ Tel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

M. _____ Qualité : _____ Tel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

M. _____ Qualité : _____ Tel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

M. _____ Qualité : _____ Tel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Autorisation(s)	Oui/Non	Commentaire(s)
Prise de photo 		
Sortir seul 		

Notes Médicales



Date du dernier rappel de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) :

___ / ___ / 20___. Ce **vaccin est obligatoire pour l'admission de l'enfant au sein d'une collectivité** (art. L 311 – 2 Code Santé Publique). Pour information, ce vaccin doit être fait à 11 mois, 6 ans, et entre 11 et 13 ans. A défaut, un certificat médical de contre-indication doit être fourni.

Allergie	Commentaire(s)
Respiratoire	
Alimentaire	
Médicamenteuse	
Autre	

Traitement médical	Commentaire(s)

Si votre enfant suit **un traitement médical**, merci de **joindre impérativement l'ordonnance** en cours de validité (moins de 6 mois) ainsi que les **médicaments dans leur conditionnement d'origine marqué au nom de l'enfant**, accompagnés de la notice d'emploi. Nous ne pourrions administrer aucun médicament dans une autre circonstance.

Antécédents médicaux / hospitalisation / commentaire(s) : _____

P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé)

OUI

NON

EN COURS

Commentaires : _____

Merci de prendre rendez-vous auprès du service périscolaire de la mairie (02 41 47 64 79) si l'accueil de votre enfant doit être spécifique ou si des vigilances sont préconisées.

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point. "Lu et approuvé", signature, nom et prénom du représentant légal.

Date : ___ / ___ / ___

Fréquentation des services péri et extra scolaires communaux

	Parfois	Régulièrement	Jamais	Commentaires
Restaurant scolaire				
Accueil périscolaire				
Temps des devoirs				
Accueil de loisirs				