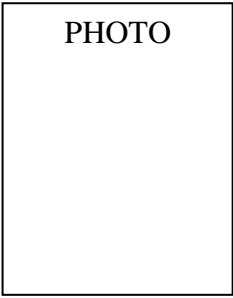




Service Enfance-Jeunesse
1, rue de Provence – GRAVESON
04.90.94.66.61
enfance.jeunesse@ville-graveson.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018-2019
Centre de Loisirs – Accueil & Activités Périscolaires
COMMUNE DE GRAVESON



NOM/ PRENOM(S) DE L'ENFANT :

Ecole : Classe :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Situation parentale: Célibataire Marié Vie maritale Pacs Divorcé Veuf

Personne exerçant l'autorité parentale Le père La mère Autre :

<u>PERE OU REPRESENTANT LEGAL</u>	<u>MERE OU REPRESENTANT LEGAL</u>
--	--

NOM - Prénom :	
----------------	--

Adresse :	
-----------	--

Téléphone domicile et portable :	
----------------------------------	--

Téléphone travail:	
--------------------	--

E-Mail :@.....
----------	-------------

Profession :	
--------------	--

Nombre d'enfants à charge:	
----------------------------	--

N° allocataire CAF	
--------------------	--

Régime social : R. Général MSA

Je soussigné, Mme, M père, mère, tuteur investi de l'autorité parentale, de l'enfant

<ul style="list-style-type: none"> • Autorise mon enfant à participer à toutes sorties et activités organisées par l'équipe d'animation : 	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Autorise le responsable de la structure à accéder à ma situation au regard de la CAF par le biais du site Moncomptepartenaire sur CAF.FR 	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Autorise l'équipe d'animation à diffuser les photographies ou films où figure mon enfant (en groupe uniquement) dans le cadre de promotion et communication des diverses actions municipales (Journal Municipal, Presse Locale, Site Internet municipal, panneaux d'affichage des écoles,). 	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Autorise mon enfant à quitter le périscolaire/ le Centre de Loisirs avec les personnes mentionnées ci-dessous. 	
--	--

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
-----	--------	---------	-----------

--	--	--	--

--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisir et/ou le centre de loisirs seul 	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ensemble des accueils péri et extrascolaires. 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • En accepte toutes les conditions et m'engage à signaler tout changement concernant les informations ci-dessus. 	
--	--

Fait à Graveson, le.....

Signature des responsables légaux,
(Précédée de la mention manuscrite «lu et approuvé»)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. L'ENFANT.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON :

FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps d'accueil péri et extrascolaires de l'enfant, elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

2. VACCINATIONS.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
OU DTPOLIO				AUTRES (préciser)	
OU TETRACOQ					
BCG					

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.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'enfant suit-il un traitement médical permanent ? **oui** **non**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			COQUELUCHE			ROUGEOLE		
VARICELLE			OTITE			SCARLATINE		
ANGINE						RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		

ALLERGIES : ASTHME : oui - non

MEDICAMENTEUSES : oui - non

ALIMENTAIRES : oui - non

AUTRES : oui - non

En cas d'allergie, nous joindre le protocole de médication ou les instructions d'automédication.

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** de votre enfant et les précautions à prendre/ **les recommandations utiles** que vous pouvez nous apporter concernant votre enfant.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, nous communiquer des **particularités sur le comportement alimentaire** de votre enfant, s'il y en a.

.....

.....

.....

.....

.....

NOM ET NUMERO DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare exactes les renseignements donnés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :