**FICHE DE RENSEIGNEMENT : Accueil Périscolaire**

**Nom, Prénom de l’enfant :**  **Né(e) le :**

Ecole : Classe :

**Parents de l’enfant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mère  Responsable de l’enfant | Père  Responsable de l’enfant |
| **Nom, Prénom** |  |  |
| **Adresse du domicile** |  |  |
| **Téléphone** |  |  |
| **Courriel** |  |  |
| **Situation familiale** |  |  |
| **N° sécurité sociale** |  |  |

**Famille :**  **Parentale**  **Monoparentale**  **Recomposée**  **Accueil**

**Nom et Adresse de l’employeur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Mère** | **Père** |
| **Nom employeur** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **Téléphone travail** |  |  |
| **Profession** |  |  |

**CAF : N° Allocataire** **Quotient familial :**

**Assurance : Nom** **N° Contrat :**

**Personnes autorisées à récupérer l’enfant :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom/Prénom** | **Lien de parenté** | **N° Téléphone** | **Adresse** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Pendant les activités j’autorise le personnel de l’association à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d’archives. Oui  Non

J’autorise l’association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presses, réseaux sociaux, …)

Oui  Non

J’autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités Oui  Non

Je soussigné      , responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’accueil périscolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de l’enfants.

Fait à       Le       Signature :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Dates derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Oui** | **Non** | **Dates derniers rappels** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | ROR |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |  |  |
| DT polio |  |  |  | Autre |  |  |  |
| Tétracoq |  |  |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |  |  |
| Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche |  |  |  |  |  |  |  |

L’enfant suit-il un traitement médical Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes des 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 déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole Oui  Non  Varicelle Oui  Non  Angine Oui  Non

Scarlatine Oui  Non  Coqueluche Oui  Non  Otite Oui  Non

Rougeole Oui  Non  Oreillons Oui  Non

**Allergies :**

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir :

Régime alimentaire :

Recommandations des parents :

**Médecin traitant :** **Téléphone :** **Ville :**

**Fait à** **Le** **Signature**