

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS**  
**ANNEE SCOLAIRE 2017-2018**  
**RESTAURATION SCOLAIRE - GARDERIE - T.A.P.**  
**ET CENTRE DE LOISIRS**

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : ..... Garçon  Fille   
 Date de Naissance : ...../...../.....  
 Ecole fréquentée en 2017/2018 : ..... Classe : .....  
 Enseignant (rempli par la mairie) : .....  
 Régime alimentaire : Standard  Sans Porc  Sans Viande  P.A.I

Frères et sœurs scolarisés dans le même groupe scolaire :  
 Nom et Prénom : ..... Classe : ..... Enseignant : .....  
 Nom et Prénom : ..... Classe : ..... Enseignant : .....  
 Nom et Prénom : ..... Classe : ..... Enseignant : .....

| <b>PERE</b>                         | <b>MERE</b>                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nom et prénom : .....               | Nom et prénom : .....               |
| Adresse domicile : .....            | Adresse domicile : .....            |
| ☎ domicile : .....                  | ☎ domicile : .....                  |
| ☎ professionnel : .....             | ☎ professionnel : .....             |
| 📱 portable : .....                  | 📱 portable : .....                  |
| ✉ mail : .....                      | ✉ mail : .....                      |
| Profession : .....                  | Profession : .....                  |
| Nom et adresse employeur :<br>..... | Nom et adresse employeur :<br>..... |

Si le responsable légal de l'enfant n'est pas l'un des parents, précisez ses nom, prénom, adresse et numéro de téléphone : .....

**PROCEDURE D'URGENCE**

En cas d'accident, je, soussigné(e), ..... autorise les secours à intervenir auprès de mon enfant ..... et à le transporter vers l'hôpital le plus proche.

L'enfant est-il allergique à des médicaments ? Oui  Non   
 Si oui, merci de préciser lesquels : .....

## ETAT MEDICAL – VACCINATIONS (Informations obligatoires)

### Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

L'enfant est-il allergique à certains aliments ? Oui  Non

Si oui, merci de préciser lesquels : .....

Un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** est OBLIGATOIRE en cas de maladie chronique, de handicap, de prise de médicaments, d'allergies alimentaires, pour tous les temps d'accueil de l'enfant (scolaire et/ou périscolaire).

Les familles doivent, à cet effet, contacter le médecin scolaire dès la rentrée.

**En l'absence de P.A.I. aucune mesure spécifique ne pourra être prise.**

**Consignes particulières :** .....

.....

### Vaccinations

| Vaccins                            | Oui | Non | Dates des derniers rappels |
|------------------------------------|-----|-----|----------------------------|
| D.T.P (Diphtérie-Tétanos-Polio)    |     |     |                            |
| B.C.G                              |     |     |                            |
| Hépatite B                         |     |     |                            |
| R.O.R (Rubéole-Oreillons-Rougeole) |     |     |                            |
| Coqueluche                         |     |     |                            |
| Autres (préciser)                  |     |     |                            |

### **PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (en dehors des parents)**

**Vous devez reporter ces informations sur e ticket (onglet « mon dossier »)**

Nom et prénom / Lien : ..... N°☎ .....

Nom et prénom / Lien : ..... N°☎ .....

Nom et prénom / Lien : ..... N°☎ .....

Nom et prénom / Lien : ..... N°☎ .....

### **DROIT A L'IMAGE**

J'accepte, je n'accepte pas (**rayez la mention inutile**) que mon enfant puisse éventuellement être pris en photo pendant les activités et autoriser l'exploitation de ces images dans les outils d'information ou de communication de la municipalité.

### **ATTESTATION**

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

- Accepte toutes les clauses des règlements intérieurs (restauration scolaire, garderie, centre de loisirs, T.A.P.),
- Déclare avoir souscrit une assurance garantissant une protection pour les activités extra-scolaires,
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature du représentant légal