

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS
ANNEE SCOLAIRE 2018-2019
RESTAURATION SCOLAIRE - GARDERIE ET CENTRE DE LOISIRS

ENFANT

Nom : Prénom : Garçon Fille
 Date de Naissance :/...../.....
 Ecole fréquentée en 2018/2019 : Classe :
 Enseignant (rempli par la mairie) :
 Régime alimentaire : Standard 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 :

PERE	MERE
Nom et prénom : Adresse domicile :	Nom et prénom : Adresse domicile :
☎ domicile : ☎ professionnel : 📱 portable : ✉ mail :	☎ domicile : ☎ professionnel : 📱 portable : ✉ mail :
Profession : Nom et adresse employeur :	Profession : Nom et adresse employeur :

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 (fournir la photocopie du carnet de vaccination)

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)

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),
- 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