

# FICHE ENFANT

NOM : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Adresse : _____	
CP : _____	Commune : _____

## PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

	RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM		
PRENOM		
☎ FIXE		
☎ PORTABLE		
☎ EMPLOYEUR		

## SCOLARITE

Classe					
Commune nouvelle d'Avranches	Pierre Mendès France <input type="checkbox"/>	Guy de Maupassant <input type="checkbox"/>	Jacques Prévert <input type="checkbox"/>	André Parisy <input type="checkbox"/>	Camille Claudel <input type="checkbox"/>
Autre école ou autre commune	Ecole _____			Commune _____	

## INSCRIPTION AUX SERVICES (écoles publiques d'Avranches)

J'inscris mon enfant les jours suivants aux services ci-dessous\* :

SERVICES		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Accueil périscolaire	Matin					
	Soir					
Restaurant scolaire						

\*Cochez vos prévisions à l'année

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX & RECOMMANDATIONS UTILES

Joindre une photocopie des deux pages de vaccinations du carnet de santé. À renouveler si besoin. (Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs).

NOM DU MEDECIN TRAITANT	☎
-------------------------	---

### PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?	<input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON <i>*prendre obligatoirement rendez-vous avec le responsable de l'accueil de loisirs</i>
L'enfant suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON <i>* joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec nom de l'enfant et la notice.)</i>
L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?	<input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON Précisez (par exemple : sans porc) : _____



Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance médicale

**MALADIES** Cocher les maladies que votre enfant a déjà eues

- RUBEOLE       RHUMATISME       ARTICULAIRE AIGU    COQUELUCHE       OTITE  
 SCARLATINE       VARICELLE       ROUGEOLE       OREILLONS       ANGINE

**LES ALLERGIES**

Alimentaires  NON  OUI\* Médicamenteuses  NON  OUI\*

Autres NON OUI\* (animaux, plantes, pollen) .....

*\*joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.*

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  NON  OUI

Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, habitudes de vie particulières, difficultés de sommeil.....

.....

.....

**AUTORISATIONS PARENTALES**

**Droit à l'image :** J'autorise l'ensemble de l'équipe d'animation à prendre des photos ou tout autre support audiovisuel et à les utiliser dans le cadre d'une diffusion publique\*  OUI  NON

*\*Presse locale, documents de communication interne à l'organisateur (bulletin, magazine), site internet de l'organisateur.*

**Autorisation de départ :** J'autorise mon/mes enfant(s) à rentrer seul(s) à notre domicile (*pas avant 10 ans de préférence*) :  OUI\*  NON

*\*Remplir obligatoirement une carte de sortie, à renouveler chaque année scolaire.*

**Autorisation de transport :** J'autorise mon/mes enfant(s) à prendre les transports en commun et minibus pour se rendre sur les lieux des activités :  OUI  NON

**LISTE DES PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE VOTRE (VOS) ENFANT (S)**

J'autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'école, de l'ACM péri et extra-scolaire et/ou au retour de la navette ; et en cas d'urgence, j'autorise le responsable à joindre les personnes suivantes en cas d'absence d'un responsable légal :

NOM/PRENOM	Lien avec l'enfant	Adresse	☎ Fixe et portable
	<input type="checkbox"/> Grand parent <input type="checkbox"/> Tante / oncle <input type="checkbox"/> Assistante maternelle ou familiale <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Autre _____		
	<input type="checkbox"/> Grand parent <input type="checkbox"/> Tante / oncle <input type="checkbox"/> Assistante maternelle ou familiale <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Autre _____		
	<input type="checkbox"/> Grand parent <input type="checkbox"/> Tante / oncle <input type="checkbox"/> Assistante maternelle ou familiale <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Autre _____		
	<input type="checkbox"/> Grand parent <input type="checkbox"/> Tante / oncle <input type="checkbox"/> Assistante maternelle ou familiale <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Autre _____		

Date et signature :	Date et signature :	Date et signature :	Date et signature :
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

VISA ADMINISTRATIF		
Date de réception du dossier	Personne en charge de la saisie	Dossier enfant transmis le : A (nom de l'agent) :