Service Périscolaire Municipal

Ville de Montarnaud

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

(Accueil périscolaire – Restaurant scolaire – TAP)

À compléter et à remettre au service périscolaire avant le 07 septembre 2015

L'ENFANT

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : _____ Classe : ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Enseignant(e) : _____

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Autorité parentale : Mère ❑ Père ❑ Autres ❑

Responsable légal 1

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Tél Portable : _____

Tél Dom : _____Travail : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Responsable légal 2

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Tél Portable : _____

Tél Dom : _____Travail : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Situation de famille :

Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Vie maritale/PACS ❑ Veuf (ve) ❑ Divorcé(e) ou Séparé(e) (Joindre une photocopie du jugement) ❑

N° allocataire CAF* : I__I__I__I__I__I__I__I__I Autres regimes + n° :_____

Nom et numéro de l'assurance extra scolaire (joindre un justificatif) :

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise la diffusion de photos de mon enfant (supports de communication communaux) :

Oui ❑ Non ❑

J'autorise mon enfant (à partir de 10 ans) à quitter seul les structures d'accueil le soir : Oui ❑ Non ❑

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'absence ou de retard *(elles devront être munies d'une pièce d'identité)* :

Nom : _____ Qualité : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Qualité : _____ Tél. : _____

Autorisation de sortie extrascolaires (sport, musique, ou rendez vous extérieurs ...) : le soir après la classe ou pendant le déjeuner, fournir une autorisation écrite au responsable périscolaire afin que l'enfant puisse se rendre seul à son rendez-vous ou à son activité

Je m'engage à suivre le règlement intérieur des accueils périscolaires et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

MONTARNAUD, le

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

Nom ..... Prénom .....
Date de naissance ..... Garçon ☐ Fille ☐

2- VACCINATIONS

Joindre une photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant.
Seul le DT Polio est obligatoire. Date de vaccination : .....
Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre alors un certificat médical de non contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ non
Si oui joindre une ordonnance récente et établir un protocole d'accueil individualisé.

Quelles maladies l'enfant a-t-il déjà eues ?
☐ Rubéole ☐ varicelle ☐ angine ☐ rhumatisme ☐ scarlatine
☐ Coqueluche ☐ otite ☐ rougeole ☐ oreillons.

Quelles allergies l'enfant présente-t-il ? *Si Projet d'Accueil Individualisé, la transmettre au responsable périscolaire*.
☐ Asthme ☐ médicament ☐ alimentation ☐ autre
Préciser éventuellement la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
....
....
Indiquer les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, crises convulsives …) en précisant les dates et les précautions à prendre :
....

4- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRE

L'enfant porte : ☐ des lunettes ☐ des lentilles ☐ des prothèses auditives
☐ Des prothèses dentaires ☐ autre
Précisions :..... .....
....

5- MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin ..... Téléphone .....

6- AUTORISATION INTERVENTION

Je soussigné(e), (nom prénom)……responsable légal de l'enfant…… (Nom, prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire municipal à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris hospitalisation et anesthésie générale.

Fait à……le …… signature du responsable légal

Commune de Montarnaud
80 Avenue G. SENES
34570 MONTARANUD
Tél : 06 75 07 62 00 Mail : service.periscolaire@montarnaud.fr