

# FICHE ENFANT 2020-2021

RESTAURATION SCOLAIRE - **MENU de substitution** : oui  non

ACCUEIL DU MATIN ET DU SOIR

ACCUEILS DE LOISIRS

SPOT'ADOS

Cette fiche est à remplir par le représentant légal de l'enfant.  
Elle est valable pour l'année scolaire en cours et suit l'enfant sur les différentes structures.

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ M  F

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe (niveau) : \_\_\_\_\_

## 2 - REPRÉSENTANTS LÉGAUX

### MÈRE :

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLÈTE : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

### PÈRE : (si même adresse, cocher la case )

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLÈTE : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

## 3 - AUTRES PERSONNES (en dehors des parents)

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> | Habilitées à prendre l'enfant en charge <input type="checkbox"/> |
|---|--|

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> | Habilitées à prendre l'enfant en charge <input type="checkbox"/> |
|---|--|

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> | Habilitées à prendre l'enfant en charge <input type="checkbox"/> |
|---|--|

## 4 - EN CAS D'ACCIDENT :

Autorisez-vous les services municipaux à prendre les mesures d'urgence pour votre enfant : oui  non

## 5 - ASSURANCES :

Joindre obligatoirement l'attestation d'assurance responsabilité civile scolaire, péri et extrascolaire.

**Les parents sont tenus responsables des dommages causés par leurs enfants mineurs, placés sous leur autorité parentale.**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## A – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?    oui     non

Si **oui**, pour quelle pathologie ? \_\_\_\_\_



Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de 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 est-il porteur de handicap ?    oui     non

Si **oui**, lequel ? \_\_\_\_\_

## B - ALLERGIES

**ALIMENTAIRES :**    oui     non

Bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) complet et signé par les partenaires ?    oui     non   
Avec panier repas ?    oui     non

**MÉDICAMENTEUSES :**    oui     non

Si **oui**, lequel ? \_\_\_\_\_

**ASTHME :**    oui     non

Bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) complet et signé par les partenaires ?    oui     non

**AUTRES :** \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Pour les enfants présentant un problème de santé ou une allergie (notamment alimentaire avec suivi par un allergologue), les familles doivent obligatoirement prendre contact avec le(a) Directeur (trice) d'école afin d'établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Celui-ci est établi en lien avec la Ville.

## C – VACCINATIONS

Joindre impérativement la photocopie des vaccinations (**pages 90, 91, 92, 93**).

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| RUBÉOLE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÛ<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | OTITE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                      |   |

## D – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ET AUTRES PARTICULARITES/REMARQUES

(Port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives ou dentaires, port de diabolos, etc...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature :