

NOM :	PRENOM :	ANNEE NAISSANCE :
-------	----------	-------------------



# FICHE SANITAIRE Année scolaire 2020-2021

Service Education Jeunesse et Sport

Email : education.jeunesse.sport@ville-ernee.fr tel : 02 43 05 26 34

## Accueil périscolaire, TAP, Restauration, ALSH les Bizeuls, ALSH Châtelets, Cocktail sports

- |  |                                  |                                |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> ÉCOLE FERNAND VADIS      | <input type="radio"/> Maternelle | <input type="radio"/> Primaire |
| <input type="radio"/> ÉCOLE ST VINCENT DE PAUL | <input type="radio"/> Maternelle | <input type="radio"/> Primaire |
| <input type="radio"/> Autre école, Précisez :  |                                  |                                |
| <input type="radio"/> COLLÈGE, Précisez :      | <input type="radio"/> LYCÉE      |                                |

### ENFANT

NOM :	DATE DE NAISSANCE :	CLASSE :
PRÉNOM :	SEXE : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
TAILLE : M	POIDS : Kg	
Mon enfant sera amené à fréquenter : <input type="radio"/> ALSH Les Châtelets (11-17 ans)		
<input type="radio"/> Restaurant scolaire <input type="radio"/> TAP <input type="radio"/> Accueil périscolaire (Garderie)		
<input type="radio"/> ALSH les Bizeuls (3-14 ans) <input type="triangle-up"/> fournir une responsabilité civile. <input type="radio"/> Cocktail sports (8-13 ans)		
Mon enfant est licencié dans un club sportif <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui lequel :		

### PARENT 1 Père Mère

NOM :	PRENOM :
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
MAIL :	
TEL PORT :	TEL DOM :
EMPLOYEUR :	TEL PRO :

### PARENT 2 Père Mère

NOM :	PRENOM :
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
MAIL :	
TEL PORT :	TEL DOM :
EMPLOYEUR :	TEL PRO :

### TUTEUR / FAMILLE D'ACCUEIL

NOM :	PRENOM :
TEL PORT :	TEL DOM :

### ADRESSE DE FACTURATION

NOM :	PRENOM :
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
N° de sécurité sociale :	
CAF <input type="radio"/> / MSA <input type="radio"/> N° :	QF :

### AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / PRÉNOM :	TEL :
NOM / PRÉNOM :	TEL :
NOM / PRÉNOM :	TEL :
NOM / PRÉNOM :	TEL :

## MÉDECIN TRAITANT

NOM :	VILLE:	TEL :
-------	--------	-------

**RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS** (asthme, malaise, allergie, régime alimentaire, traitement médical, trouble comportemental, parent décédé...)

--

- PAI : Projet d'accueil individualisé (joindre une photocopie )  
 Mon enfant est reconnu handicapé (AEEH ou PAI lié au handicap)

## VACCINATIONS

Priorix / Rorvax :	Méningitec / Neisvac :
Infanrix / Pentavax / Boostrix / Repêvax / Revaxis / Tétravac :	
Engérix / Infanrix Hexa / HB vax :	Prévenar :

## MALADIES CONTRACTÉES

Rubéole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Varicelle <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Angine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Scarlatine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rhumatisme <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Coqueluche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Otite <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rougeole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Oreillons <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

## AUTRES ENFANTS DE LA FAMILLE

NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

## PERSONNES AUTORISÉES À RECUPÉRER MON ENFANT

NOM / PRÉNOM :	TEL :
NOM / PRÉNOM :	TEL :
NOM / PRÉNOM :	TEL :
NOM / PRÉNOM :	TEL :

## AUTORISATION DE SORTIE (PRIMAIRE), j'autorise mon enfant à sortir seul :

Après les cours le Mercredi midi <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Après les TAP : lundi <input type="radio"/> Mardi <input type="radio"/> Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Après le cocktail sports : <input type="radio"/> oui	Non <input type="radio"/>
Après l'accueil de loisirs Les Bizeuls (Après 17h00) : <input type="radio"/> oui	Non <input type="radio"/>
Après l'accueil de loisirs Les Châtelets : <input type="radio"/> oui	Non <input type="radio"/>

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties de l'ALSH et autorise les organisateurs à transporter mon enfant lors des activités programmées ou de manière spontanée.
En cas de nécessité, j'autorise le responsable à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
A l'occasion d'activités diverses, votre enfant va être photographié ou filmé : J'autorise la publication sur le site internet de la ville, dans la presse, publications diverses, blog... <input type="radio"/> Non

## RÈGLEMENTS DES SERVICES

L'inscription de votre enfant aux différents services périscolaires et extrascolaires vaut acceptation du règlement global des services Restauration scolaire, Accueil périscolaire (matin et soir), TAP, ALSH les Bizeuls et Les Châtelets, ainsi que le Cocktail sport.
---

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant....., déclare exact les informations portées sur cette fiche.

Signature des parents/responsable légal :

Date :