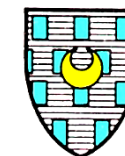


Antécédents médicaux	Commentaires - Hospitalisation

# MARQUETTE EN OSTREVANT



ACM JUILLET 2021

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**A compléter et à remettre OBLIGATOIREMENT à Mélanie LEFEBVRE, coordinatrice périscolaire ou en Mairie avant toute présence dans les accueils périscolaires**

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de parenté

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du responsable de la structure.

J'autorise le responsable de la structure à prendre pour mon enfant, toute disposition nécessaire en cas d'urgence, notamment l'hospitalisation si l'état de santé le nécessite, et ce, dans la mesure du possible, dans l'établissement désigné ci-dessus.

Je m'engage en outre à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques qui pourraient être engagés pour les soins à apporter à mon enfant.

**Je certifie avoir pris connaissance des 3 règlements intérieurs de la structure (généralité, cantine et garderie), du protocole sanitaire et je m'engage à les respecter en tout point.**

Je joins à cette fiche de renseignements dûment complétée et signée :

- ✓ L'attestation d'assurance de responsabilité civile,
- ✓ L'attestation CAF pour le calcul du quotient familial, à défaut, l'avis d'imposition ou de non imposition 2020 sur les revenus 2019,
- ✓ La copie des vaccinations à jour de l'enfant,
- ✓ Un certificat médical d'aptitude aux activités physiques et sportives **uniquement** pour les accueils collectifs de mineurs.

Fait à :

Le :

« Lu et approuvé »

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.

### Enfant

Nom et Prénom :

Né (e) le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à

N° sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

### Famille

M. et/ou Mme :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Email **OBLIGATOIRE** :

Régime : CAF / MSA / Autres

Situation familiale :

Nombre total d'enfants :

Assurance :

Nombre d'enfants à charge :

N° de police :

Fiche du Père de l'enfant :		Fiche de la Mère de l'enfant :	
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Né le : __/__/____ à		Né le : __/__/____ à	
Téléphone 1 :		Téléphone 1 :	
Téléphone 2 :		Téléphone 2 :	
Mobile :		Mobile :	
Email :		Email :	
N° sécurité sociale :		N° sécurité sociale :	
N° allocataire :		N° allocataire :	
Profession :		Profession :	
Société :		Société :	
Tél professionnel :		Tél professionnel :	
Autorité parentale : oui / non		Autorité parentale : oui / non	

Vaccins	Dernière vaccination	Prochaine vaccination
BCG		
Coqueluche		
Diphtérie		
DT Polio		
Hépatite B		
Poliomyélite		
ROR		
Tétanos		
Tétra coq		

Médicament (s)	Début	Fin	Commentaires
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	

Autorisations		Commentaires
Départ seul	Oui / Non	
Prise d'images	Oui / Non	
Diffusion d'images	Oui / Non	
Transport collectif	Oui / Non	

Maladie(s)	Oui	Non	Commentaires
Angine			
Coqueluche			
Oreillons			
Otite			
Rhumatisme articulaire aigu			
Rougeole			
Rubéole			
Scarlatine			
Varicelle			

Médecin	Spécialité	Adresse	Ville	Téléphone

Régime alimentaire	Commentaires

Allergie (s)	Commentaires
Alimentaires	
Asthme	
Médicamenteuses	
Autres	

Notes médicales :

Autorisation d'hospitalisation :

Établissement hospitalier :

Traitement contre la Pédiculose :