

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

## VACCINATIONS

| OBLIGATOIRES                         | DATE | RECOMMANDEES        | DATE |
|--------------------------------------|------|---------------------|------|
| Diphtérie<br>Tétanos<br>Poliomyélite |      | Hépatite B          |      |
|                                      |      | ROR                 |      |
|                                      |      | BCG                 |      |
|                                      |      | Coqueluche          |      |
|                                      |      | Autres (préciser) : |      |

## MALADIES INFANTILES

|            |                              |                              |  |            |                              |                              |
|------------|------------------------------|------------------------------|--|------------|------------------------------|------------------------------|
| Angine     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  | Rubéole    | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  | Rougeole   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Otite      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  | Scarlatine | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Oreillons  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  | Varicelle  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## AUTRES INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

|  |                              |                              |  |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Asthme   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Préciser ici la cause de l'allergie, etc. (si automédication le signaler...) |
| Allergies à des médicaments  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  |
| Allergies à des aliments   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  |
| Si l'enfant porte des lunettes, doit-il les enlever pour les activités sportives ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  |

***Dans le cas d'allergie alimentaire, vous devez joindre un certificat médical afin de mettre en place un Projet d'Accueil. L'inscription sera effective une fois le PAI effectué.***

Nom et coordonnées téléphoniques du médecin traitant : .....

Autres informations médicales qui pourraient être utiles à un médecin en cas d'urgence :

.....  
 .....

## AUTORISATIONS PARENTALES

*Merci de cocher les mentions autorisées, dater, et signer en bas de page.*

➤ **Je, soussigné(e),** ..... **responsable légal de l'enfant**  
 ..... **l'autorise par la présente à :**

- Prendre toutes mesures d'urgences rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. **Oui Non**
- A utiliser et diffuser à titre gratuit l'image de mon enfant pour les besoins de la réalisation d'un film, d'un diaporama, site internet ... à des fins de présentations des activités périscolaires. Les documents ci-dessus mentionnés ont vocation à faire l'objet de représentation publique et de reproduction. **Oui Non**

➤ **J'autorise mon enfant à :**

Quitter seul l'école à 18h15 (seulement pour les élèves inscrits en école élémentaire). **Oui Non**

➤ **J'autorise les personnes suivantes (âgées de 13 ans et plus) à venir chercher mon enfant à la sortie de la garderie et/ou à être contactées en cas d'urgence :**

| Nom | Prénom | Adresse | Téléphone | Lien avec l'enfant |
|-----|--------|---------|-----------|--------------------|
|     |        |         |           |                    |
|     |        |         |           |                    |
|     |        |         |           |                    |

**Je, soussigné(e), .....certifie l'exactitude des renseignements de cette fiche et m'engage à signaler par écrit tout changement dans l'inscription de mon enfant. Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs (garderie, cantine) et m'engage à ce que mon enfant et moi-même les respectons.**

**Date et Signature :**



## COMMUNE DE SAINT-SAUVEUR

### DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE 2020-2021 GARDERIE PERISCOLAIRE

| ENFANT       |          |                     |        |
|--------------|----------|---------------------|--------|
| Nom :        |          | Date de Naissance : | Sexe : |
| Enseignant : | Classe : |                     |        |
| Adresse :    |          |                     |        |

| RESPONSABLES LEGAUX |         |               |               |                |                   |                |        |
|---------------------|---------|---------------|---------------|----------------|-------------------|----------------|--------|
|                     | Père    | Mère          | Tuteur        |                | Père              | Mère           | Tuteur |
| Nom Prénom          |         |               |               |                |                   |                |        |
| Adresse             |         |               |               |                |                   |                |        |
| Téléphone domicile  |         |               |               |                |                   |                |        |
| Téléphone portable  |         |               |               |                |                   |                |        |
| Nom Employeur       |         |               |               |                |                   |                |        |
| Adresse Employeur   |         |               |               |                |                   |                |        |
| Téléphone employeur |         |               |               |                |                   |                |        |
| Courriel            |         |               |               |                |                   |                |        |
| Situation Familiale | Marié   | Divorcé       | Célibataire   |                | Séparé            | Union libre    |        |
| Autorité Parentale  | Parents |               | Père exclusif |                |                   | Mère exclusive |        |
| Envoi facture       | Parents | Père exclusif |               | Mère exclusive | Famille d'accueil |                |        |
| Remarques :         |         |               |               |                |                   |                |        |

**Merci de bien vouloir vérifier, compléter et éventuellement corriger les informations ci-dessus.**

#### **PIECES A FOURNIR:**

Attestation d'assurance responsabilité civile scolaire et extra-scolaire

Si divorce ou séparation, la copie de l'extrait de jugement indiquant les modalités de garde de l'enfant et justifiant du domicile principal de l'enfant