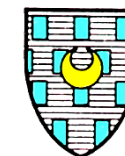


Antécédents médicaux	Commentaires - Hospitalisation

MARQUETTE EN OSTREVANT



ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025
ET/OU ACM 2025

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A compléter et à remettre OBLIGATOIREMENT à Mélanie LEFEBVRE, coordinatrice périscolaire, avant toute présence dans les accueils périscolaires (restauration, garderie et accueil collectif de mineurs)

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 (restauration scolaire et extra-garderie/garderie ordinaire) 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 2024 sur les revenus 2023,
- ✓ 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

Classe de :

↳ (Ne pas compléter pour les inscriptions aux ACM)

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	

Autorisations		Commentaires
Départ seul	Oui / Non	
Prise d'images	Oui / Non	
Diffusion d'images	Oui / Non	
Transport collectif (uniquement pour les ACM)	Oui / Non	

Médecin	Spécialité	Adresse	Ville	Téléphone

Régime alimentaire	Commentaires

Allergie (s)	Commentaires
Alimentaires	
Asthme	
Médicamenteuses	
Autres	

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

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

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

Notes médicales :

Autorisation d'hospitalisation : Reconnaissance MDPH :

Établissement hospitalier :

Traitement contre la Pédiculose :