



DOSSIER ENFANT 2020 / 2021

ENFANT _____

Pour les parents séparés* :

dossier **PAPA** ou **MAMAN**

NOM.....

PRÉNOM.....

ECOLE.....

garçon fille*

Date de naissance :garde alternée : oui non

niveau/classe :

Habitudes alimentaires* : sans porc - sans viande - sans poisson - PAI allergie alimentaire

Votre enfant prend-il le bus : OUI NON

PERSONNES (AUTRES QUE LES PARENTS) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom, prénom	Qualité	téléphone	VILLE

Mon enfant peut rentrer seul oui non

Mon enfant peut être pris en photo dans le cadre des activités périscolaires et extra scolaires oui non

MÈRE ou TUTRICE*

Nom :Prénom :

Adresse :

☎domicile :

☎port.....

PÈRE ou TUTEUR*

Nom :Prénom :

Adresse :

☎domicile :

☎port.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Adresse mail (recommandée pour utiliser l'espace famille) :

.....

N° allocataire Caisse d'Allocations Familiales :

Merci de fournir une attestation de la CAF, avec votre quotient familial, qui servira à la facturation des différents services (cantine et péri). Nous vous demanderons de nous le fournir à nouveau au mois de janvier de l'année suivante

Destinataire de la facture* : père - mère - autre (préciser) :

Je reconnais avoir reçu le règlement intérieur et en accepter les conditions.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A Le Gua, le..... Signature :

*rayer les mentions inutiles

Les données collectées sont destinées aux membres du personnel habilités de la commune du Gua.

Les données sont conservées toute l'année scolaire et seront détruites à la fin de celle-ci.



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



N° 10008 902

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM de l'enfant :
	Prénom de l'enfant :

1 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	DATES	VACCINS	DATES
DT POLIO (obligatoire)		Hépatite B	
Ou Tétracoq		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Méningite		BCG	
Pneumococcique		Autres (préciser)	
		Autres (préciser)	

si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non si oui lequel :.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

Allergies	Oui	Non	maladies	Oui	Non	maladies	Oui	Non
Asthme			Rubéole			Coqueluche		
Alimentaires			Varicelle			Otite		
Médicamenteuses			Angine			Rougeole		
autres			Rhumatisme articulaire aigu			oreillons		
			Scarlatine					

si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

3 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : port de lentilles, de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement, etc...précisez.

.....

.....

4 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM, Prénom

ADRESSE :

TÉL. fixe portable..... travail :

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :