



Fiche sanitaire et familiale

2020/2021

Services périscolaires de la commune de Molac

A retourner à la Mairie de MOLAC

Photo récente de l'enfant :
Photo d'identité ou
impression personnelle

*Ce document est obligatoire.
Tous les renseignements contenus
dans cette fiche restent
confidentiels.*

Une fiche par enfant.

ENFANT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse du domicile :

.....

Classe 2019/2020 :

Classe 2020/2021 :

Ecole :

Fille Garçon

Votre enfant fréquentera : - la cantine : lundi mardi jeudi vendredi
- la garderie

LE(S) RESPONSABLE(S)

Les deux parents Parent 1 Parent 2 Autre, précisez :

PARENT 1

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile:

Tél. portable :

Mail :

Profession :

Travail :

Tél. travail :

PARENT 2

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile:

Tél. portable :

Mail :

Profession :

Travail :

Tél. travail :

ASSURANCE, SECURITE SOCIALE

Assureur responsabilité civile :

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

Médecin traitant de l'enfant :

Numéro de téléphone du médecin traitant :

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole Rougeole Varicelle Oreillons Autre:

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, asthme, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (suite)

N'oubliez pas de fournir le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et le matériel nécessaire.

Type d'allergie	Causes et conduite à tenir		
Respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Vaccination obligatoire

Diphtérie, tétanos, polio (DTP) Oui Non Date du dernier rappel :

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... : Oui Non
Précisez :

AUTORISATION PARENTALE

Autre(s) personnes(s) à contacter (susceptible de venir chercher l'enfant en cas d'indisponibilité des responsables légaux ou en cas d'incident survenant à l'enfant) :

NOM, Prénom	Téléphone (s)

Ces personnes devront se présenter munis de leur Carte Nationale d'Identité.

J'autorise la mairie (*en cas de désaccord, rayer la mention*) :

- à photographier mon enfant dans le cadre des activités périscolaires ;
- À utiliser son image, sa silhouette, et à la faire fixer, reproduire dans diverses publications (support papier, site web...).

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- autorise le personnel à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;
- dégage toute responsabilité des services périscolaires en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à l'enfant (bijoux, jouets, etc.) ;
- autorise à utiliser sa photo pour un usage interne (logiciel de gestion : tablette de pointage cantine-garderie) ;
- a pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à, le __ / __ /20__

Signatures des représentants légaux :