

## I/ Renseignements concernant le foyer

### • Responsable 1 :

Monsieur    Madame   Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  oui  non

Situation familiale :  marié(e)  pacsé(e)  concubinage  célibataire  divorcé(e)  veuf(ve)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

### • Responsable 2 :

Monsieur    Madame   Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  oui  non

Situation familiale :  marié(e)  pacsé(e)  concubinage  célibataire  divorcé(e)  veuf(ve)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

### • Autre représentant :

Tuteur    Famille d'accueil

Mme – M / Organisme : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom / Personne référente : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

## II/ Renseignements concernant l'enfant

- **Enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_\_

J'autorise les prises de vues et l'utilisation des images de mon enfant - à titre gracieux - par la commune de la Chapelle Saint Aubin :  Oui  Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul :  Oui  Non

- **Personnes autorisées à venir chercher mon enfant et/ou à prévenir en cas d'urgence** (autre que le responsable 1, le responsable 2 ou autre représentant)

NOM	Prénom	Qualité (grand-parent, frère.....)	Numéro de téléphone	
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence

**Sans cette autorisation nominative, votre enfant ne sera remis à aucune autre personne.**

- **Renseignements sanitaires**

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.*

Nom du médecin traitant de l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE**

VACCINS OBLIGATOIRES	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Date des derniers rappels
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)		BCG	
Coqueluche *		Autres (précisez)	
Haemophilus Influenzae de type b (HIB) *			
Hépatite B *			
Pneumocoque *			
Méningocoque C *			
Rougeole-Oreillons-Rubéole *			

Les vaccins suivis d'un astérisque sont obligatoires pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Ils sont recommandés pour les enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**2) Recommandations utiles**

L'enfant porte-t-il :

- Des lunettes ou lentilles ?
- Des appareils auditifs ?
- Des aérateurs transtympaniques (« yo-yo ») ?
- Des appareils dentaires ?
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**3) Renseignements médicaux concernant l'enfant**

- L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE**

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Varicelle <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Angine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Scarlatine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Coqueluche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Otite <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rougeole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Oreillons <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

- L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme                     oui       non  
Alimentaires             oui       non      lesquelles : \_\_\_\_\_  
Médicamenteuses     oui       non      lesquelles : \_\_\_\_\_  
Autres                     oui       non      lesquelles : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'ordonnance et le PAI) :

---

---

---

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

---

---

---

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts tous les renseignements et informations mentionnés ci-dessus et autorise la collectivité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

### III/ Autorisations et déclarations

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts tous les renseignements et informations mentionnés ci-dessus.

Je prends connaissance que des sorties nécessitant un déplacement sont susceptibles d'être organisées dans le cadre des activités périscolaires.

Je prends connaissance que le responsable de l'activité prendra les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon (mes) enfant(s).

Date :

Signature :