

FICHE RENSEIGNEMENT ENFANT

REEMPLIR CE BULLETIN EN LETTRES MAJUSCULES

NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT

PRENOM DE L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

.....

.....

ECOLE CLASSE

Rayez la mention inutile

JE SOUHAITE INSCRIRE MON ENFANT A LA RESTAURATION SCOLAIRE (si oui précisez obligatoirement les jours)

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

DATE DU PREMIER JOUR DE LA CANTINE : / /

JE SOUHAITE INSCRIRE MON ENFANT A L ACCUEIL PERISCOLAIRE..... OUI NON

JE SOUHAITE INSCRIRE MON ENFANT AU RAMASSAGE SCOLAIREOUI NON

Pour les enfants en élémentaire, précisez si votre enfant est autorisé à rentrer seul à la descente du bus

OUI

NON

ASSURANCE couvrant l'enfant pour ses actes et pour les dommages qu'il pourrait occasionner lui-même

NOM de la COMPAGNIE N° Contrat

DECHARGE DES PARENTS

Je soussigné(e) NOM Prénom

Représentant légal de l'enfant (NOM et PRENOM)

- Déclare avoir pris connaissance du règlement pour l'accueil périscolaire et je m'y conforme,
- Déclare avoir pris connaissance du règlement pour la restauration et je m'y conforme,
- Déclare avoir pris connaissance du règlement pour le ramassage scolaire et je m'y conforme,
- Autorise la municipalité à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- Autorise mon enfant à être filmé/photographie par la municipalité (rayez cette mention si nécessaire)
- A recevoir par email les informations municipales (rayez cette mention si nécessaire)
- A recevoir par sms les informations municipales (rayez cette mention si nécessaire)
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

FAIT A LE

SIGNATURE (obligatoire)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT

PRENOM DE L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE

VACCINATION OBLIGATOIRE

Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018 précisez la date de la vaccination obligatoirement

Dyphtérie tétanos polio (page DTPOLIO) obligatoire :

Pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018 précisez la date de chaque vaccination obligatoirement

Dyphtérie tétanos polio (DTPOLIO) Coqueluche

Rougeole Oreillons

Rubéole haemophilus influenzae B

Méningocoque C Pneumocoque

Rayez la mention inutile

ALLERGIES

Alimentaires OUI NON Médicamenteuses OUI NON

Autres OUI NON si oui Précisez

L'enfant présente-t-il un problème de santé OUI NON Si oui précisez

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI santé OUI NON

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, appareils auditifs, dentaires, etc...)

Habitude alimentaire (obligatoire) avec porc/sans porc (rayez la mention inutile)

Autres

NOM DU MEDECIN TRAITANT

ADRESSE

TELEPHONE

Je soussigné(e) NOM Prénom

Représentant légal de l'enfant (NOM et PRENOM)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le cas échéant le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant

FAIT A LE

SIGNATURE (obligatoire)