

# Dossier à rendre en mairie avant le 20 juin

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Maternelle  Élémentaire

**Services concernés : cantine, accueil périscolaire (matins et soirs)  
et Accueil Collectif de Mineurs (mercredis et vacances scolaires)**

**Dossier à compléter avec les documents suivants :**

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale
- Photocopie des vaccins
- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Dernier feuillet du règlement intérieur signé

**Nom et prénom de l'enfant :**

**Date et lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone :**

Responsable légal de l'enfant :  Père  Mère  Tuteur

<u>Père</u>	<u>Mère</u>
Nom et Prénom :	Nom et prénom :
Employeur :	Employeur :
Tel travail :	Tel travail :
Tel portable :	Tel portable :
Adresse e-mail en lettres capitales: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Adresse e-mail en lettres capitales: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Nom, prénom et date de naissance des frères et sœurs :

Nom et adresse de l'assurance couvrant l'enfant (joindre la photocopie de l'attestation d'assurance) :

N° de Sécurité Sociale de l'enfant (joindre la photocopie de l'attestation de la Carte Vitale) :

Dans le cas où je ne pourrais pas venir chercher mon enfant moi-même, **j'autorise les personnes nommées ci-dessous (et seulement ces personnes)**, à prendre mon enfant. Je prends note qu'une pièce d'identité sera demandée la première fois que la personne viendra chercher mon enfant :

Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____

### **AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL**

Je soussigné (père, mère ou tuteur légal) \_\_\_\_\_  
autorise mon fils, ma fille \_\_\_\_\_

à participer à toutes les activités de l'Accueil Collectif de Mineurs, y compris la piscine, les sorties hors de la commune (quelques soient les moyens de transport).

à être photographié dans le cadre des activités de l'Accueil Collectif de Mineurs et accepte l'exposition de ces photos et leur utilisation éventuelle dans le journal municipal ou le site internet de la ville de Bruyères-le-Châtel.

Dans le cas où, en tant que parents, nous ne serions pas joignable et seulement si le médecin le juge indispensable, j'autorise la direction de l'Accueil Collectif de Mineurs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence si nécessaire.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---



---



---



---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI 

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON  OUI 

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---