



Fiche Enfant Individuelle

Elle doit être renouvelée chaque année.

Responsable désigné pour le « dossier d'inscription »

Nom.....Prénom

Téléphone : Mail :

ENFANT

Nom :

Prénom :

Né(e) le : à Sexe : Garçon Fille.

Adresse de l'enfant :

Code postal : Ville :

L'enfant est domicilié(e) : chez les parents ; chez la mère ; chez le père ; autre:

Si « autre » merci de préciser Nom :Prénom.....

Lien avec l'enfant ou fonction :

Tél. Portable :Email :

SCOLARITE 2019-2020

Etablissement scolaire :

Niveau scolaire :

AUTORISATIONS

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence (une pièce d'identité pourra être demandée).

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté

INTERDICTION DE RECUPERER L'ENFANT

AUTORISATIONS**- Droit à l'image**

Autorise (conformément au droit à l'image) à ce que tous supports visuels (photos, vidéo) où mon enfant apparaît, puissent être utilisés sans contrepartie financière dans le cadre de la communication de la ville.

Oui
 Non

- Sortie

Autorise mon enfant à quitter l'accueil seul aux heures de sortie en fonction de sa réservation toute l'année.
Si l'autorisation est occasionnelle : répondre NON et remettre une demande écrite aux directeurs d'accueil le cas échéant.

Oui
 Non



DOSSIER MEDICAL				
N° de sécurité sociale (où est rattaché l'enfant) :				
Médecin traitant :	Vaccination (ne pas mettre la photocopie)			
Téléphone médecin :				
Traitement médical en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (<i>boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice</i>).		Oui	Non	Date du dernier rappel
	DT Polio*			
	Hépatite B			
	ROR			
	Coqueluche			
	BCG			
Maladies : Cocher les maladies que l'enfant a déjà eu :	Autres (préciser			
<input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Varicelle	Ou Tétracoq			
<input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Coqueluche	*OBLIGATOIRE			
<input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rougeole	Allergie :			
<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Alimentaires :			
<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Médicamenteuses :			
	<input type="checkbox"/> Asthme :			
	Projet d'Accueil Individuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non signé le.....			
	Si oui , joindre la photocopie.			
	Régime alimentaire :			
Difficultés de santé :	Recommandations utiles des parents :			
.....			

Je certifie sur l'honneur :

- que les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autoriser la saisie des données médicales dans le logiciel NOE
- avoir souscrit une assurance pour les activités périscolaires et extrascolaires :

Numéro de sociétaire.....Nom de l'assurance.....

Fait le:

Signature :

Cadre réservé à l'administration « Inscriptions »		
<input type="checkbox"/> Ecole A. Chédid	<input type="checkbox"/> Ecole A.France elem	<input type="checkbox"/> Ecole A.France mater
<input type="checkbox"/> Périscolaire	<input type="checkbox"/> Restauration 1 ^{er} service	<input type="checkbox"/> Restauration 2 ^{ème} service
<input type="checkbox"/> Mercredi AC	<input type="checkbox"/> Mercredi CEV	<input type="checkbox"/> Accueil Petites Vacances
<input type="checkbox"/> Accueil Juillet et rentrée AC	<input type="checkbox"/> Accueil juillet et rentrée CEV	<input type="checkbox"/> Accueil d'Août AC

