



Fiche Enfant Individuelle

Elle doit être renouvelée chaque année.

Responsable désigné pour le « dossier famille »

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**- Mesures médicales**

Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

 Oui Non**- Sortie**

Autorise mon enfant à quitter l'accueil seul aux heures de sortie en fonction de sa réservation.

 Oui Non

**DOSSIER MEDICAL**

N° de sécurité sociale (où est rattaché l'enfant) :

Médecin traitant :

Téléphone médecin :

Vaccination
(ne pas mettre la photocopie)Traitement médical en cours : 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*).
.....
.....Maladies : Cocher les maladies que l'enfant a déjà eu :

- Angine Varicelle
 Otite Coqueluche
 Oreillons Rougeole
 Rubéole Scarlatine
 Rhumatisme articulaire aigu

	Oui	Non	Date du dernier rappel
DT Polio*			
Hépatite B			
ROR			
Coqueluche			
BCG			
Autres (préciser			
Ou Tétracoq			

*OBLIGATOIRE

Allergie :

- Alimentaires :
- Médicamenteuses :
- Asthme :

Projet d'Accueil Individuel : Oui 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 sont exacts,
- 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 élem | <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 |