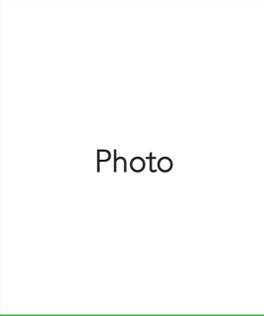


Fiche enfant

1 FICHE
PAR ENFANT

Enfant

Nom Sexe : Masculin
 Prénom Féminin
 Date et lieu de naissance :/...../..... à
 Assurance responsabilité civile (nom et n° de police)



Représentant légal

Représentant légal 1 : Nom Prénom
 Tél : Domicile Tél : Professionnel
 Portable..... Courriel@.....
Représentant légal 2 : Nom Prénom
 Tél : Domicile Tél : Professionnel
 Portable..... Courriel@.....

*Mettre une * devant le numéro de téléphone prioritaire*

Autre(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant

Nom et Prénom	Ville	Téléphone
.....
.....
.....
.....

Structures fréquentées (plusieurs réponses possibles) :

- ALSH Accueil de Loisirs Jean-René Teillant (Certé) APS Accueil périscolaire Louise Michel (Bert)
- APS Accueil périscolaire André Hazo (centre) APS Accueil périscolaire Jean-René Teillant (Certé)
- Restauration scolaire NAP Nouvel Accueil Périscolaire
- Accueil Jeunes (14 - 17 ans)

École fréquentée

Droit de diffusion à l'image

J'autorise la diffusion de photos de mon enfant sur les supports de communication de la ville (Bulletin Municipal, site Internet, Presse...)

Fiche sanitaire

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles à l'accueil de l'enfant et à sa sécurité.

Vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			

Renseignements médicaux

L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Uniquement pour ALSH et APS :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

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

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'enfant est-il allergique ?

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

si oui, FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL

L'enfant relève-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) validé par le directeur de l'école ?
Oui Non

Précisez les **difficultés de santé** (maladie, accident, trouble alimentaire...) et les **contraintes alimentaires** (pas de sel...) en précisant les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

Médecin traitant : Nom..... Téléphone.....

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Ville de Trignac à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

La Ville de Trignac décline toutes responsabilités en cas d'informations erronées ou incomplètes figurant sur cette fiche, notamment les informations médicales.

A Trignac le

Signature :