

DOSSIER PERSONNEL DE L'ENFANT

Année scolaire : _____ / _____

Enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : F M

Ecole : Classe :

Taille : Poids : Pointure :

Nombre de frères et sœurs :

**PHOTO
OBLIGATOIRE**

Responsables légaux

<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Adresse :			Adresse :		
Bât : Code postal :			Bât : Code postal :		
Ville :			Ville :		
Tél fixe : Tél port :			Tél fixe : Tél port :		
Mail :			Mail :		
Profession :			Profession :		
Employeur :			Employeur :		

Documents à joindre

- Photo de l'enfant obligatoire à coller sur la 1^{ère} page
- Attestation de quotient familial
- Photocopie du Carnet de vaccination ou certificat de contre-indication
- PAI en cas d'allergie
- Ordonnance pour traitement (si besoin)
- Attestation d'aisance aquatique ou équivalent (si vous en possédez une)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS :

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autre :	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non Si oui, lequel ?

Projet d'Accueil individualisé (P.A.I) : Oui Non (si oui, à fournir)

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicaments sur les temps péri et/ou extrascolaires, un P.A.I devra être élaboré.

ALLERGIES :

Asthme : Oui Non à préciser :

Médicamenteuses : Oui Non à préciser :

Allergie alimentaire : Oui Non à préciser :

Autres : à préciser :

DIFFICULTES DE SANTE :

Précisez les dates et le type de difficulté (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales...)

.....

.....

RECOMMANDATIONS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires... :

.....

.....

CONTACT MEDECIN TRAITANT (Nom et téléphone) :

REGIME ALIMENTAIRE :

avec viande sans viande sans porc Intolérance alimentaire :

DECHARGE ET ENGAGEMENT

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Autorisé à récupérer l'enfant	Contact en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorisations des responsables légaux :

Autorise mon enfant à rentrer seul après les accueils périscolaires et extrascolaires : **Oui** **Non**

Autorise mon enfant à être photographié ou filmé par la Commune dans le cadre péri et extrascolaire : **Oui** **Non**

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant

- ✓ reconnais avoir pris connaissance des règles de fonctionnement général (fiche sanitaire, inscription, calendrier...), et déclare y souscrire,
- ✓ autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues,
- ✓ autorise le responsable du service ou la direction du séjour à mettre en œuvre tous les soins, traitements, ou interventions, reconnus médicalement urgents. Je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser les frais engagés.

Engagement du jeune :

Le jeune participant s'engage à :

- ✓ Respecter les consignes de sécurité et participer à l'ensemble des activités du projet,
- ✓ Faire de son mieux pour propager le meilleur esprit autour de lui,
- ✓ Respecter les autres, leur niveau, leurs difficultés,
- ✓ Vérifier son sac, avant l'activité et ne rien oublier, ne pas apporter de téléphone portable ou autre tablette,
- ✓ Accepter de prendre parfois sa douche avec l'ensemble de ses copains dans des équipements sportifs collectifs après les activités qui le nécessitent,
- ✓ Respecter la propreté du véhicule, sans manger, ni boire de boisson gazeuse à l'intérieur,
- ✓ Voyager assis et attaché, comme le prévoit le code de la route.

Engagement des responsables légaux :

Je soussigné(e) : responsable légal de l'enfant :

- ✓ atteste l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription et m'engage à signaler tout changement de situation ou de coordonnées.

Fait à , le

Signature du ou des représentants légaux suivie de la mention manuscrite « lu et approuvé »