

❖ Enfant
Nom de famille : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> CLASSE : Lieu de naissance (commune et département) : Nom enseignant :
❖ Représentants légaux
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom de naissance : Prénom : Nom d'usage : Date de naissance : Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (Voir document annexe sur l'ENT) Adresse : Code postal : Commune : L'enfant habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mail :@ Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : J'accepte de communiquer mes coordonnées à l'Amicale Laïque : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom de naissance : Prénom : Nom d'usage : Date de naissance : Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (Voir document annexe sur l'ENT) Adresse : Code postal : Commune : L'enfant habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mail :@ Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : J'accepte de communiquer mes coordonnées à l'Amicale Laïque : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
❖ Tiers délégataire (personne physique ou morale)
Lien avec l'enfant (*) : Nom de naissance : Prénom : Nom d'usage : Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (Voir document annexe sur l'ENT) Adresse : Code postal : Commune : L'enfant habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : J'accepte de communiquer mes coordonnées à l'Amicale Laïque : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
❖ Personnes à contacter (si différentes des personnes déjà indiquées)
Nom : Prénom : Lien avec l'enfant (*) : Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : A contacter en cas d'urgences <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom : Prénom : Lien avec l'enfant (*) : Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : A contacter en cas d'urgences <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom : Prénom : Lien avec l'enfant (*) : Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : A contacter en cas d'urgences <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>

(*) Ascendant/fratrie/Autres membres de la famille/Assistant familiale/Garde d'enfant/Autre lien ou Aide Sociale à l'Enfance.

❖ Renseignements médicaux

1/ VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et **fournir la photocopie**)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION –
ATTENTION LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2/ L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

3/ ALLERGIES

ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ou un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance avec le PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne peut être donné sans PAI.

4/ DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

6/ OBSERVATIONS SUPPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

❖ Autorisation de soin / Urgence

Je (nous) soussigné(s) le(s) tuteur(s) légal(aux) de l'enfant autorise(ons) l'équipe enseignante, le responsable de l'accueil de loisirs et le responsable de la restauration scolaire à transporter l'enfant dans un véhicule et à lui faire donner, le cas échéant, tous les soins et toutes les mesures : traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels occasionnés par la prise en charge de mon enfant.

❖ Communication

J'accepte (nous acceptons) de recevoir des informations par mail de l'école Maupas, la ville de PERCY-EN-NORMANDIE et Villedieu intercom. Oui Non

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique en vue de la gestion des inscriptions à l'accueil de loisirs et à la restauration scolaire de l'école Maupas, des facturations et/ou de titres de recettes destinés aux bénéficiaires des services de l'accueil péri scolaires (activités, séjours, garderies périscolaires...). Les destinataires de ces données sont Villedieu Intercom, la trésorerie de Granville et la ville de Percy-en-Normandie. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la direction du Pôle-jeunesse de Villedieu Intercom et à la mairie de PERCY-EN-NORMANDIE.

Date :

Signature des responsables légaux :