



## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

<b>L'ENFANT</b>	NOM :		Prénom :			Sexe : M – F
	Date de naissance		MATERNELLE :	PRIMAIRE :	COLLEGE (Pour ALSH)	
			<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS	<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> 6e <input type="checkbox"/> 5e <input type="checkbox"/> 4e <input type="checkbox"/> 3°	
SCOLARISE A ST HILAIRE <input type="checkbox"/>			SCOLARISE A L'EXTERIEUR <input type="checkbox"/>			

<input type="checkbox"/> <b>REPRESENTANT(E) 1</b>		
Nom : .....	Nom de Jeune Fille : .....	Prénom : .....
Adresse complète		
Téléphone		
Mail (Toutes les informations passent par le Mail) :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Autres .....		
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire		
<input type="checkbox"/> <b>REPRESENTANT(E) 2</b>		
Nom : .....	Nom de Jeune Fille : .....	Prénom : .....
Adresse complète		
Téléphone		
Mail		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Autres .....		
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire		

CONTACTS AUTORISES A RECUPERER MON ENFANT		
Nom : .....	Prénom : .....	Téléphone
Nom : .....	Prénom : .....	Téléphone

<b>N° DE CAF (OBLIGATOIRE) :</b>
----------------------------------

<b>PRELEVEMENT AUTOMATIQUE : <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non</b> En cas de réponse positive, remplir une autorisation de prélèvement + RIB-RIP <u>si vous avez changé de compte ou si vous n'avez jamais opté pour le prélèvement.</u>
---

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)  
**Les vaccinations à jour sont obligatoires, sinon joindre un certificat médical datant de moins de 3 mois.**  
 Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? .....(Date)

**II - Renseignements médicaux :**  
 Pendant l'ALSH si l'enfant suit un **traitement médical**, il faudra le préciser à la Directrice afin qu'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) soit mis en place le cas échéant.  
 Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant : .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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	

**Allergies :** médicamenteuses  oui  non      asthme  oui  non  
 Alimentaires  oui  non      autres  oui  non

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

### IV – Droit à l'image :

**Sauf refus écrit de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de la commune.**

	OUI	NON	
<b>AUTORISATIONS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je reconnais que les responsables de l'Accueil Périscolaire et de l'Accueil de Loisirs se réservent le droit d'un renvoi temporaire ou définitif d'un enfant dont le comportement nuirait à la qualité et sécurité de l'encadrement proposé, les frais engagés restant alors à la charge de la famille.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant sait nager.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant fait la sieste.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par la commune (sauf soucis médical) ; et son transport sur les lieux d'activités par les moyens en place (Ex : Bus).
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à se faire maquiller dans le cadre des activités
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'Accueil de Loisirs.

**Si la présente fiche n'est pas complétée entièrement, l'inscription ne sera pas prise en compte.**

Je soussigné(e), ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire/du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à SAINT HILAIRE LEZ CAMBRAI, le  
Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

Une fois, votre portail activé, il faudra y ajouter les vaccinations si cela n'a pas encore été fait (Rubrique Mes Documents).

Dans le cas contraire, vous n'aurez pas accès aux réservations.