

Fiche sanitaire Ecole/Mairie

Ecole Publique Niki de Saint Phalle - Commune de Saint-Sulpice-La-Forêt

Cette fiche d'urgence pourra être transmise aux pompiers en cas de nécessité.

Nom de famille : Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : Fille [] / Garçon []

1- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

	Responsable 1		Responsable 2
Nom – Prénom :	<input type="text"/>	Nom – Prénom :	<input type="text"/>
Emploi :	<input type="text"/>	Emploi :	<input type="text"/>
Employeur :	<input type="text"/>	Employeur :	<input type="text"/>
Tél. en cas d'urgence :	<input type="text"/>	Tél. en cas d'urgence :	<input type="text"/>

2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Médecin traitant Téléphone / Ville : /

Poids (en kg) : Taille (en cm) :

Allergies :

Traitement médical :

Si votre enfant suit un traitement médical (allergies, asthme, épilepsie , ...) merci de contacter la directrice de l'école qui vous informera de la procédure à mettre en place (PAI : Protocole d'Accueil Individualisé).

Autres informations à connaître : Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc... :

.....

.....

3 – VACCINATIONS ET ASSURANCES

Merci de remplir le tableau ci-dessous ou joindre à ce dossier la photocopie des pages des vaccins du carnet de santé de votre enfant.

SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

VACCINS	DATES			
DTP, poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b et hépatite B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infections à pneumocoque	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infection à méningocoque de sérogroupe C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCG tuberculose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dès que possible, merci de fournir une attestation d'assurance à l'école pour les responsabilité civile ET individuelle accident.

4 - SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRA-SCOLAIRES

a- Sécurité Sociale

N° Sécurité Social auquel l'enfant est rattaché :

Nom du centre de sécurité sociale :

Adresse du centre de sécurité sociale :

b- Paiement

Je souhaite utiliser le prélèvement automatique pour ma facturation (*joindre un RIB si besoin*) :

[] Oui [] Non

c - Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales

IMPORTANT: Paragraphe à remplir pour les enfants fréquentant l'accueil de loisirs uniquement

- Régime général Caisse d'allocations familiales de :

Numéro d'allocataire :

- Régime agricole M.S.A. de :

Numéro d'allocataire :

- Autres Caisse d'appartenance :

L'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs est valable à compter du jour où vous envoyez le dossier jusqu'à la fin de l'année scolaire (de septembre à août).

e - Autorisation parentale de sortie de la garderie du soir et ALSH (ATTENTION : La garderie scolaire ferme à 18h45)

Paragraphe à remplir pour les enfants fréquentant le service municipal garderie du soir / ALSH uniquement

Autorise mon enfant à quitter la garderie du soir à partir de :

h

Autorise mon enfant à quitter l'ALSH à partir de :

h

[] seul(e) [] accompagné(e) d'une personne autorisée (cf paragraphe ci-dessus)

A compter de 18h45, une tarification majorée est appliquée.

Veuillez indiquer le nom de la personne qui devra impérativement récupérer l'enfant en dernier délai :

Nom :

Prénom :

Tél :

Nom :

Prénom :

Tél :

SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 du mineur :

Responsable légal 2 du mineur :

« je soussigné (e) », « je soussigné (e) »,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire

- m'engage à payer l'intégralité des frais de l'accueil de loisirs dès réception du relevé de frais,

- autorise la direction de l'école ou de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. »

- autorise la personne habilitée par la CAF à consulter mon quotient familial sur le site CAFPRO,

[] Oui

[] Non

- autorise la personne habilitée par la CAF à consulter mon quotient familial sur le site CAFPRO,

[] Oui

[] Non

Lu et approuvé :

Date :

Lu et approuvé :

Date :

Signature du responsable n°1

Signature du responsable n°2