FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017/2018

VILLE DE PEYNIER

Commune du Pays d'Aix

MAIRIE DE PEYNIER

MAIRIE DE PEYNIER / IFAC PACA
Cantine et garderie post-scolaires
NAP / Aide aux devoirs /Périscolaire

ifac.asso.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom, Prénom :……………………………………………………………………………….. Sexe : ……………

Date de naissance : …… / ……. /…..… Age de L'enfant ……… Classe fréquentée : …………

Compagnie d'assurance :……………………………… n° de police………………………………..

PERSONNE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT:

PERE : ☐ responsable légal de l'enfant

NOM :…………………………………..……

Prénom :……………………………….……

Adresse :………………………………….

…………………………………................

C.P. : ………… Ville : ………………………

Tél. Domicile : / / / /

Tél. Bureau : / / / /

Tél. Mobile : / / / /

MERE : ☐ responsable légal de l'enfant

NOM :…………………………………..……

Prénom :……………………………….……

Adresse :…………………………………..

…………………………………................

C.P. : ………… Ville : ………………………

Tél. Domicile : / / / /

Tél. Bureau : / / / /

Tél. Mobile : / / / /

Adresse mail : 1 caractère par case

REGIME D'AFFILIATION : pour les cotisations familiales

□ MSA, □ EDF, □ SNCF, □ Maritime, □ Général, □ Fonction Publique

Si Régime Général ou Fonction Publique, n° allocataire CAF : ……………………..…..
(obligatoire)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE OU HABILITEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT :

Merci de préciser le lien de parenté ou autre et de présenter une pièce d'identité

Nom, Prénom :……………………………………………………… ☎ : / / / /

Nom, Prénom :……………………………………………………… ☎ : / / / /

Nom, Prénom :……………………………………………………… ☎ : / / / /

FICHE SANITAIRE 2017/2018

MAIRIE DE PEYNIER / IFAC PACA
Cantine et garderie post-scolaires
NAP / Aide aux devoirs /Périscolaire

Nom, Prénom : …….. **Date de naissance :** …. /…. /……..

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant :…… ☎ : / / / /

a) Votre enfant présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires : NON □ OUI □
Préciser à quoi : ……
Allergies médicamenteuses : NON □ OUI □
Préciser à quoi : ……
Autres allergies : NON □ OUI □
Préciser à quoi : ……

Asthme : NON □ OUI □
Diabète : NON □ OUI □
Epilepsie : NON □ OUI □
Autres : NON □ OUI □
Préciser à quoi : ……

b) Votre enfant suit-il un traitement médical régulier?

NON □ OUI □ Préciser : ……

c) Le trouble de la santé implique–t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ?

OUI □ NON □ *Dans le cas d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) une photo de l'enfant doit être obligatoirement jointe au dossier.*

RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS

Votre enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie : ……

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES		VACCINS RECOMMANDES	
	Date du dernier rappel		Date du dernier rappel
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

Pour l'IFAC : Le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),……, responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités, nous pouvons être conduits à réaliser quelques photographies, individuelles et de groupe pour agrémenter certains documents de communication. L'image de votre enfant est donc susceptible de paraître dans ses documents et tout support de communication. En inscrivant votre enfant, vous acceptez de fait, cette éventualité.
☐ *Cochez la case si vous n'autorisez pas la diffusion de l'image de votre enfant.*

Fait à ……..…… le……..……..
Signature des parents précédée de la mention « **Lu et approuvé** »