



# Fiche de renseignements et sanitaire (Recto)

## Année scolaire 2021-2022

Mairie de Vicq - Service Enfance Jeunesse

97 rue de Fresnes 59970 Vicq 03 27 27 32 29 Mail : enfancejeunesse@ville-vicq.fr

### L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :  Masculin  Féminin

Ecole : .....

Classe : .....

Assurance Extrascolaire :  Oui  Non

### RESPONSABLE LEGAUX DE L'ENFANT

1  Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

Portable : ...../...../...../...../.....

Situation familiale :  Marié  Pacsé

divorcé  Célibataire  Vie Maritale

Profession : .....

Tél (Travail) : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

2  Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

Portable : ...../...../...../...../.....

Situation familiale :  Marié  Pacsé

divorcé  Célibataire  Vie Maritale

Profession : .....

Tél (Travail) : ...../...../...../...../.....

### RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRES

Allocataire :  Madame

Monsieur

N° d'allocataire : .....

Coefficient Familial : .....

### AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

### VACCINATIONS

Veillez joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé (Nom et Prénom)

#### Obligatoires\*

Diphtérie\* ...../...../.....

Tétanos\* ...../...../.....

Poliomyélite\* ...../...../.....

#### Recommandées

Hépatite B ...../...../..... BCG ...../...../.....

Rubéole-Oreillons-Rougeole ...../...../.....

Coqueluche ...../...../.....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui\*  Non

\*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans l'emballage d'origine

# Fiche de renseignements et sanitaire 2020-2021 (VERSO)

## TROUBLES DE SANTE

Allergies alimentaires :  Oui\*  Non \*Précisez la cause : .....

Allergies médicamenteuses  Oui\*  Non \*Précisez la cause : .....

Autres allergies :  Oui\*  Non \*Précisez la cause : .....

Asthme :  Oui  Non Epilepsie  Oui\*  Non

Diabète :  Oui  Non Autres :  Oui\*  Non \*Précisez : .....

\*Si vous avez coché "oui" ci-dessus, veuillez joindre un certificat médical avec la conduite à tenir

## AUTRES DIFFICULTES DE SANTE

Les indiquer ci-dessous (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération,...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Votre enfant porte :

des lunettes  Oui  Non des lentilles  Oui  Non

des prothèses auditives  Oui  Non dentaire :  Oui  Non

autre, précisez : .....

Nom du médecin traitant : ..... Tél : ...../...../...../...../.....

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à partir seul aux heures de sorties pour l'accueil de loisirs, les ateliers et la garderie du soir :

Oui  Non

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé en groupe :

Oui  Non

J'accepte que les photos et/ou films la presse locale  Oui  Non  
soient diffusés dans : les réseaux sociaux  Oui  Non  
la communication mairie  Oui  Non  
(vicq info, diaporamas...)

J'accepte que mon enfant soit acheminé, dans le cadre d'activité ou de sortie, en car ou en minibus par une société de transport ou les animateurs :

Oui  Non\*

\*Si vous avez coché "non", votre enfant ne pourra pas participer aux sorties et être accueillis ces jours-là.

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant :

-certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche,

-autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant,

-déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des l'activités à laquelle mon enfant est inscrit et en respecter les conditions,

-autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs des accueils de loisirs, lorsque mon enfant est inscrit à ces activités.

Fait à Vicq, le ...../...../.....

Signature du responsable légal :