



Fiche de renseignements et sanitaire (Recto)

Année scolaire 2018-2019

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 : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Ecole :	Classe :
Assurance Extrascolaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

RESPONSABLE LEGAUX DE L'ENFANT	
1 <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Nom de jeune fille :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tél :/...../...../...../.....	Portable :/...../...../...../.....
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie Maritale	Tél (Travail) :/...../...../...../.....
Profession :	
2 <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Nom de jeune fille :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tél :/...../...../...../.....	Portable :/...../...../...../.....
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie Maritale	Tél (Travail) :/...../...../...../.....
Profession :	

RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRES	
Allocataire : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> 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*	Recommandées
Diphtérie*/...../.....	Hépatite B/...../..... BCG/...../.....
Tétanos*/...../.....	Rubéole-Oreillons-Rougeole/...../.....
Poliomyélite*/...../.....	Coqueluche/...../.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT	
L'enfant suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	
*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans l'emballage d'origine	

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 soient diffusés dans :

la presse locale **Oui** **Non**
 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 :