

L'ENFANT	NOM (en majuscule) :	DATES DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) :
	PRENOM (en majuscule) :	LIEU DE NAISSANCE (Commune et département)
	SEXE : MASCULIN ☐ FEMININ ☐	

RESPONSABLE LEGAL	
Mère (ou tuteur) : NOM (en majuscule)	PRENOM (en majuscule)
Adresse (Rue, code postal, ville) :	
Mail :	
Téléphone Principal (obligatoire) :	Employeur :
Téléphone (autre) :	Téléphone employeur :

RESPONSABLE LEGAL	
Père (ou tuteur) : NOM (en majuscule)	PRENOM (en majuscule)
Adresse (Rue, code postal, ville) :	
Téléphone Principal (obligatoire) :	Employeur :
Téléphone (autre) :	Téléphone employeur :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	
Personne 1 : NOM (en majuscule)	PRENOM (en majuscule)
Téléphone Principal (obligatoire) :	
Téléphone (autre) :	
Personne 2 : NOM (en majuscule)	PRENOM (en majuscule)
Téléphone Principal (obligatoire) :	
Téléphone (autre) :	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT			
Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ☐ oui ☐ non			
L'enfant suit-il un traitement particulier ? ☐ Non ☐ oui lequel ? : Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice). AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE DU MEDECIN.			
L'enfant a-t-il des allergies ?	OUI	NON	L'enfant porte-t-il ? (Lunettes, prothèses, lentilles, ou autres) : Si oui préciser lesquels ainsi que les recommandations
ALIMENTAIRES			
ASTHME			
MEDICAMENTEUSES			
Autres :			
Préciser la cause et la conduite à tenir :			Veuillez indiquer toutes autres informations pouvant être utiles (problème de santé, régime alimentaire particulier) :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)					
*JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DANS LE CARNET DE SANTE (OBLIGATOIRE)					
*SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION					
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Noms des vaccins et dates
Diphtérie				BCG / Hépatite B / Coqueluche / Rubéole / Oreillons / rougeoles / Autres (préciser)	
Tétanos					
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq					

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT	
NOM (en majuscule) :	
TELEPHONE :	
Je soussigné, Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le service périscolaire/cantine du SIVU du Groupe scolaire d'Yvois à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	
DATE :	Signature :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) : NOM ET PRENOM (en majuscule) Mr/Mme.....

Assume la pleine et entière responsabilité de cette déclaration et décharge le service périscolaire/cantine du SIVU du groupe scolaire d'Yvois, en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

- ☐ Autorise mon enfant à quitter seul nos locaux après l'activité
☐ N'autorise pas mon enfant à quitter seul nos locaux

Personnes majeurs autorisées à prendre en charge l'enfant (hormis responsable légal).

1) NOM et PRENOM :

2) NOM et PRENOM :

1) TELEPHONE :

2) TELEPHONE :

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) : NOM ET PRENOM (en majuscule) Mr/Mme.....

- ☐ Autorise mon enfant
☐ N'autorise pas mon enfant

A être prit en photos (vidéos) dans le cadre d'activités proposées par le service périscolaire/cantine du SIVU du Groupe scolaire d'Yvois. Ces supports pourront être stockés et diffusés dans divers médias (site internet, journal, autres).

REGIME ALLOCATAIRE (Mention obligatoire)

☐ GENERAL (CAF / FONCTIONNAIRE)

☐ AGRICOLE (MSA)

☐ AUTRE

☐ MARITIME

N°ALLOCATAIRE (obligatoire) :

Rappel des documents obligatoires

* Fiche de liaison et de renseignements complétées et signées

* Photocopies du carnet de vaccination

* Attestation d'assurance scolaire (Cantine + périscolaire) et extrascolaire de l'année en cours

* Attestation CAF ou MSA avec numéro d'allocataire (Attestation de Quotient Familial)

* Ordonnance médicale si l'enfant suit un traitement

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : NOM ET PRENOM (en majuscule) Mr/Mme.....

Responsable légal de l'enfant

Atteste sur l'honneur de la véracité des renseignements fournis, m'engage à informer le service périscolaire/cantine du SIVU du groupe scolaire d'Yvois de tous changements (adresse, numéro de téléphone, situation médicale), reconnais avoir pris connaissance du règlement liés aux activités de mon enfant et déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

FAIT A :

SIGNATURE :

LE :