

L'ENFANT

Nom Prénom

Né(e) le Sexe F M

Age

PHOTO
obligatoire.

Merci

RESPONSABLES LÉGAUX

REPRESENTANT 1

Nom Prénom

REPRESENTANT 2

Nom Prénom

AUTRE RESPONSABLE

Personne physique

Personne morale

Nom Prénom

Organisme Personne référente

AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

En cas de désaccord, rayer la mention concernée

- Participer aux activités proposées par les différents services (sportives, manuelles, sorties...)
- Utiliser les moyens de transport mis en place par l'organisateur pour les différentes activités
- A photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de son activité ou lors de manifestations publiques et à diffuser son image
Sur les supports de la presse écrite Oui Non
Sur Internet Oui Non
Sur les réseaux sociaux Oui Non
- Dégager les services de toutes responsabilités en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant (bijoux, jouets, téléphone...)
- Utiliser la crème solaire de l'organisateur

INSCRIPTION AUX SERVICES

Pour l'année scolaire 2019-2020, votre enfant utilisera les services (Merci de cocher les cases et de remplir la fiche Inscription 2019-2020 du service concerné)

- RESTAURATION SCOLAIRE (ne remplir que les parties 1 et 3)
- PAUSE MERIDIENNE
- GARDERIE MATIN OU SOIR
- ACCUEIL DE LOISIRS de MUZILLAC (mercredi et vacances scolaires)
- ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES A LA CARTE

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

PARTIE 1

L'ENFANT SUIVIT UN TRAITEMENT MEDICAL Oui Non

Précisez :

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments non périmés, dans leur emballage d'origine, avec la notice, marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non

MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (Fournir le Projet d'Accueil Individuel (PAI). Si automédication, le signaler) :

Pour plus d'information concernant l'élaboration du PAI, merci de prendre contact avec le Centre médico-scolaire au 02.97.01.63.70 ou à l'adresse ce.cms56.vannes@ac-rennes.fr

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

MÉDECIN TRAITANT (précisez le nom et téléphone)

PARTIE 2

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'as pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin antitétanique ne présente pas de contre-indication.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Occasionnellement
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

PARTIE 3

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A :

Le :

Signature :

DOCUMENTS A FOURNIR

PARTIE 1 : Certificat médical en cas d'allergie et Projet d'Accueil Individualisé (PAI) si besoin

PARTIE 2 : Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou un certificat de vaccination à jour remis par le médecin