

N° de dossier :



FICHE ENFANT

OBLIGATOIRE POUR TOUT ENFANT SCOLARISÉ DANS UNE ÉCOLE SPINALIENNE OU PARTICIPANT À UN ACCUEIL PÉRI OU EXTRASCOLAIRES ORGANISÉ PAR LA VILLE D'ÉPINAL

(ATE, Garderies, Restauration Scolaire, Études Surveillées, Accueils de Loisirs, Stages, Mercredynamiques)

ANNÉE 2018-2019

Cette fiche est à retourner signée à la Maison des Sports et de la Jeunesse en format papier ou dématérialisée par le biais du portail familles.

■ **NOM Prénom de l'enfant :**

Date de naissance :

École : Classe :

Assurance : Compagnie : N° de police :

Type de repas : Classique Sans viande

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
ou une prise en charge particulière (fournir un certificat médical) : Oui Non

Si oui, précisez :

Informations médicales (la fiche sanitaire au dos est obligatoire) :

Groupe Sanguin : A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-

Médecin traitant :

Téléphone :

Recommandations particulières (lunettes,...) :

Contacts/Personnes à contacter en cas d'urgence et personnes habilitées à reprendre l'enfant :

NOM	Prénom	Adresse	Téléphones	Lien avec l'enfant (père, mère, grand- mère,...)
				Mère
				Père

■ **J'autorise l'enfant à quitter seul l'accueil pour se rendre à son domicile (uniquement pour les élèves d'écoles élémentaires) :** Oui Non Heure de départ autorisée de la garderie :

■ **J'accepte que l'enfant soit photographié ou filmé durant les activités afin d'illustrer tout support de communication et que ces images soient exploitées et diffusées (presse, site internet, ...) :** Oui Non

■ **En signant ce document :** Vous reconnaissez avoir pris connaissance et acceptez le règlement des Accueils Collectifs de Mineurs (disponible sur www.epinal.fr, sur le portail familles et à la Maison des Sports et de la Jeunesse) ;

- Vous attestez l'exactitude des informations transmises ;
- Vous vous engagez à transmettre à la Maison des Sports et de la Jeunesse tout changement de situation en cours d'année scolaire

Date et signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(EXTRAIT DU CERFA N° 10008*02)

■ **NOM Prénom de l'enfant :**

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

■ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ? oui non

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

rubéole	oui	non	varicelle	oui	non	angine	oui	non
rhumatisme articulaire aigu	oui	non	scarlatine	oui	non	coqueluche	oui	non
otite	oui	non	rougeole	oui	non	oreillons	oui	non

ALLERGIES : **asthme** oui non **médicamenteuses** oui non **alimentaires** oui non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez

.....
.....

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

Date et signature :