



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS et FICHE SANITAIRE DE LIAISON TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRE

Année scolaire 2016-2017

## 1/ ENFANT

CLASSE (fréquentée à la rentrée 2016)    PS                    MS                    GS                    CP  
*Entourer la réponse*                            CE1                    CE2                    CM1                    CM2

NOM (de l'enfant) : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (de l'enfant) : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

## 2/ RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

MÈRE

PÈRE

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## 3/ VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	oui	non	dates dernier rappels	Vaccins recommandés	dates dernière vaccination
Diphtérie			___ / ___ / _____	Hépatite B	___ / ___ / _____
Tétanos			___ / ___ / _____	R-O-R	___ / ___ / _____
Poliomyélite			___ / ___ / _____	Coqueluche	___ / ___ / _____
<b>Ou</b> DT Polio			___ / ___ / _____	BCG	___ / ___ / _____
<b>Ou</b> Tétracoq			___ / ___ / _____	Autres (préciser)	___ / ___ / _____

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (DTP) joindre un certificat médical de contre-indication.*

## 4/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ?                    OUI                    NON

Si oui, **joindre une ordonnance récente et remettre** les médicaments correspondants, dans leur **emballage d'origine marqué du prénom** de l'enfant avec la notice, **au responsable de l'accueil** des TAP.

**Aucun médicament ne doit rester en possession des enfants, ni être administré sans ordonnance.**

**Groupe sanguin** (si connu): \_\_\_\_\_

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

	oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole			Coqueluche			Allergie alimentaire précisions :		
Varicelle			Otite					
Angine			Rougeole			Allergie médicamenteuse précisions :		
Rhumatisme articulaire aiguë			Oreillons					
Scarlatine						Asthme		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

**Une ordonnance** du médecin décrivant le protocole à suivre devra être jointe à la trousse de secours à **remettre en main propre au responsable** de l'accueil.

Difficultés de santé et précautions à prendre (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, trouble...) :

---



---

## 5/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (OU RESPONSABLES LÉGAUX)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...  
Précisez :

---



---

## 6/ CONTACT EN CAS D'URGENCE

Dans le cas où les responsables légaux ne seraient pas joignables, merci de nous indiquer le nom et le contact d'une personne à contacter en cas d'urgence :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## 7/ AUTORISATIONS PARENTALES

	OUI	NON
J'autorise l'équipe encadrante à prendre des photos de mon enfant pendant les activités pour illustrer des documents relatifs à l'accueil des TAP ; brochure, article de presse, ou site internet.		
J'autorise mon enfant à rentrer seul après les TAP (uniquement pour les primaires)		

J'autorise la/les tierce(s) personne(s) renseignée ci-dessous à venir récupérer mon enfant après les TAP

	NOM	PRÉNOM	CONTACT
1ER PERSONNE			
2ÈME PERSONNE			
3ÈME PERSONNE			

je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à prévenir le responsable de l'accueil pour signaler toutes informations concernant l'état de santé de mon enfant nécessitant des précautions ou traitement particulier.

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature :