



FICHE DE RENSEIGNEMENTS et FICHE SANITAIRE DE LIAISON TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES

Année scolaire 2017-2018

1/ ENFANT

CLASSE (fréquentée à la rentrée 2017) 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	___/___/____
OuDT Polio			___/___/____	BCG	___/___/____
OuTétracoq			___/___/____	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 :