



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PERISCOLAIRE : MERCREDI: **ENFANT**

NOM :

PRENOM :

Né(e) le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à :

Sexe : F:  M: 

Adresse : .....

Code postal : ..... Communes : .....

**RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT****PERE** :

NOM :

PRENOM :

Autorité parentale : OUI :  NON : 

Adresse si différente de l'enfant : .....

Code postal : ..... Communes : .....

Adresse mail : .....

Tél.domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tél.portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Profession : ..... Employeur : .....

Tél.employeur : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N° Sécurité Social : ..... N° Allocataire CAF : .....

N° Allocataire MSA : ..... N° Allocataire autre (précisez) : .....

**MERE** :

NOM :

PRENOM :

Autorité parentale : OUI :  NON : 

Adresse si différente de l'enfant : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Adresse mail :

Tél.domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tél.portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Profession : ..... Employeur : .....

Tél.employeur : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N° Sécurité Social : ..... N° Allocataire CAF : .....

N° Allocataire MSA : ..... N° Allocataire autre (précisez) : .....

Situation matrimoniale : célibataire  marié(e)  union libre  divorcé(e)  veuf (ve)





## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin de l'année scolaire.

### ENFANT

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**Né(e) le :** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**Sexe :** F  M

### VACCINATIONS

Fournir les photocopies de toutes les pages de vaccinations qui se trouvent dans le carnet de santé de l'enfant.

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : 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 :

MALADIES	OUI	NON
<b>Rubéole</b>		
<b>Varicelle</b>		
<b>Angine</b>		
<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>		
<b>Scarlatine</b>		
<b>Coqueluche</b>		
<b>Otite</b>		
<b>Rougeole</b>		
<b>Oreillons</b>		

### ALLERGIES

**Asthme :** OUI  NON

**Médicamenteuses :** OUI  NON

**Alimentaire :** OUI  NON

**Autres :** .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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 lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez :

.....  
.....  
.....

**MEDECIN TRAITANT**

NOM : .....

Tél. : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Communes : .....

Tél. domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tél. Travail: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Je soussigné(e), ..... 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 : .....

Signature



Sologne des Rivières

# INSCRIPTION PERISCOLAIRE PIERREFITTE SUR SAULDRE SEPTEMBRE 2015

Veillez indiquer les heures

JOURS	PERI MATIN	PERI SOIR
Mardi 1 septembre		
Mercredi 2 septembre		<del></del>
Jeudi 3 septembre		
Vendredi 4 septembre		
Lundi 7 septembre		
Mardi 8 septembre		
Mercredi 9 septembre		<del></del>
Jeudi 10 septembre		
Vendredi 11 septembre		
Lundi 14 septembre		
Mardi 15 septembre		
Mercredi 16 septembre		<del></del>
Jeudi 17 septembre		
Vendredi 18 septembre		
Lundi 21 septembre		
Mardi 22 septembre		
Mercredi 23 septembre		<del></del>
Jeudi 24 septembre		
Vendredi 25 septembre		
Lundi 28 septembre		
Mardi 29 septembre		
Mercredi 30 septembre		<del></del>

Nom et prénom de l'enfant	Age
Signature :	





Sologne des Rivières

# INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS PIERREFITTE SUR SAULDRE MERCREDI SEPTEMBRE 2015

Veillez indiquer les heures

Ce document servira de bases de facturation, toute absence ne pourra être remboursée qu'en présence d'un certificat médical.

JOURS	ACCUEIL 12h00 à 18h30
Mercredi 2 septembre	
Mercredi 9 septembre	
Mercredi 16 septembre	
Mercredi 23 septembre	
Mercredi 30 septembre	

Nom et prénom de l'enfant	Age
Signature :	

