



FICHE DE RENSEIGNEMENT 2024-2025

Ce document sera transmis à l'équipe d'animation. Elle permet de délivrer aux animateurs les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Classe :

Ecole : Saint-Nizier-du-Moucherotte.....

1 – Responsable de l'enfant

Mère

Nom Prénom :

Adresse :

Tél (domicile, portable, travail) :

Nom de l'employeur :

Père

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél (domicile, portable, travail) :

Nom de l'employeur :

2 – Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Tél. portable :	Tél. portable :	Tél. portable :

Personne non autorisée à venir chercher mon enfant (Attention : cette indication doit être accompagnée d'une décision de justice) :

3 – Départ après l'accueil périscolaire du soir

(Uniquement pour les enfants en élémentaire et autorisation parentale à fournir)

Mon enfant peut partir seul à la fin de l'accueil du soir : Oui Non

4 – Renseignements concernant l'enfant

N° de sécurité sociale du parent qui couvre l'enfant :

Compagnie d'assurance scolaire :

N° de contrat :

L'enfant présente-t-il une **allergie** ? Oui Non

Si oui, à quoi est-il allergique ?

.....

Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d'urgence ? Oui Non
Si non, joindre **un certificat médical** lors du dépôt de dossier afin de valider l'inscription.

Si votre enfant présente une autre maladie nécessitant la prise de médicaments tous les jours ou en urgence sur le temps scolaire ou périscolaire un Projet d'Accueil Individualisé devra être mis en place
(Ceci ne concerne pas la prise occasionnelle de médicaments)

Bénéficie-t-il déjà d'un **PAI (projet d'accueil individualisé)** ? Oui Non

L'enfant présente-t-il un **handicap** ? Oui Non
Cela nécessite-t-il des mesures particulières ? Oui Non

Lesquelles :

5 – Vaccinations (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphtérie (polio)			
Tétanos			
Poliomyélite			

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

6 – Informations complémentaires

Mon enfant porte :

- des lentilles : Oui Non
- des lunettes : Oui Non (au besoin, prévoir un étui rigide au nom de l'enfant)

Autres recommandations, précisez

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

7 – Eviction alimentaire

Mon enfant ne mange : pas de viande de porc pas de viande

8 – Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

J'autorise mon enfant à sortir des locaux périscolaires dans le cadre des activités : Oui Non

9 – Droit à l'image, à l'écriture et au son

Je soussigné(e)

autorise n'autorise pas : la prise de vue ainsi que la publication de l'image, du nom, et de la voix de mon enfant.

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur et avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine et de l'accueil périscolaire et m'engage à le respecter.

Fait à

le

Signature (des 2 parents en cas de séparation)