



NOM de l'enfant (en MAJUSCULES) :

PRENOM de l'enfant (en MAJUSCULES) :

Fille : Garçon : Date de naissance : Lieu :

Ecole : Classe à la rentrée (2019-2020) :

Adresse de l'enfant :

.....

Coordonnées des responsables légaux à prévenir en cas d'urgence (père, mère, autre à préciser.)

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

Personnes à prévenir en cas d'urgence et /ou autorisées à récupérer mon enfant (Autres que les responsables légaux)

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone	A prévenir en cas d'urgence	Autorisée à venir chercher l'enfant
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisations

Autorisation de sortie et de participation aux activités aquatiques

J'autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques dans le cadre périscolaire, et accueil de loisirs Oui Non

Autorisation de sortir seul de la structure

J'autorise mon enfant à partir seul dans le cadre périscolaire, et accueil de loisirs Oui Non

Autorisation de prise de vue et de conservation des supports par la CAPG

J'autorise, dans le cadre d'activités ou de manifestations, que mon enfant soit pris en photo et/ou filmé Oui Non

Autorisation de participation aux activités

J'autorise mon enfant à participer aux activités dans le cadre périscolaire, et accueil de loisirs Oui Non

Assurance

L'assurance scolaire ou responsabilité civile de l'enfant est *obligatoire*. La famille s'engage à fournir l'attestation d'assurance et à prévenir de tout changement de contrat. Le cas échéant, la nouvelle attestation devra être fournie.

Fait à....., le

Signature du responsable

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT POUR LA RENTREE 2019-2020

NOM : PRENOM :

Si votre enfant n'est pas vacciné, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication.

Vaccination	Date	Vaccination	Date
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R.O.R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		B.C.G	
Ou Tetracoq			

Maladies : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Si oui cochez la case correspondante)

- Angine Coqueluche Oreillons Otite Rubéole
 Rougeole Rhumatismes articulaires Scarlatine Varicelle

Maladies chroniques de l'enfant :

- Aucune Asthme Diabète Epilepsie Convulsions Autre

Indiquez les difficultés liées à la santé de votre enfant (maladie, accident, crises de convulsions, hospitalisation, intervention chirurgicale, rééducation...) et précisez les précautions à prendre :

.....

Appareillages : Aucun Lentilles Lunettes Prothèses dentaires Appareil dentaire

Autre à préciser : **Recommandations particulières** :

Nom du Médecin traitant : **Téléphone** :

Allergies : Asthme Alimentaires (*Certificat médical exigé*) Médicaments Autres Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Projet d'Accueil individualisé (PAI) à fournir impérativement

Si la santé de votre enfant impose la mise en place d'un PAI, un bilan médical datant de moins de 3 mois doit être fourni. Vous devez impérativement vous mettre en relation avec le médecin scolaire ou la Protection Maternelle Infantile, par l'intermédiaire du directeur d'école, dès la rentrée des classes. Dans le cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra fréquenter le service de restauration scolaire tant que le PAI n'aura pas été validé par le médecin scolaire.

Un PAI est déjà en cours Oui Non Une demande est envisagée Oui Non

Rappel : pour la mise en place d'un PAI, merci de vous rapprocher de l'établissement scolaire.

Je soussigné(e)....., représentant(e) légal(e) de l'enfant, **autorise** le service jeunesse de la CAPG encadrant mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas d'accident, il est fait appel au SAMU ou aux sapeurs-pompiers. Les parents de l'enfant sont prévenus par le responsable périscolaire ou le directeur de l'accueil de loisirs.

Je **certifie** l'exactitude des renseignements ci-dessus, **m'engage** à signaler à la CAPG toute modification des informations portées sur ce document, **et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur.**

Fait à, le **Signature des responsables légaux**