



Fiche de renseignements 2015-2016

Groupe scolaire

Garderie

Cadre réservé à la mairie

Temps d'Activités Périscolaires (TAP)

École de Sports

Restaurant scolaire

Activités sportives et loisirs MULTI-ACT (petites vacances scolaires)

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... Garçon Fille

Classe à la rentrée 2015 : Nom, prénom de l'enseignant :

N° de sécurité sociale :

Nom, prénom du responsable légal :

Adresse :

Code Postal / Ville :

Email (des informations vous seront envoyées par ce biais) :

Père : Tél fixe : Tél portable : Tél travail :

Mère : Tél fixe : Tél portable : Tél travail :

Autre(s) personne(s) à appeler en cas d'urgence :

Nom : Tél fixe : Tél portable :

Nom : Tél fixe : Tél portable :

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Personne(s) autorisée(s) à venir récupérer l'enfant (autre que le responsable légal) :

Nom, prénom :

Qualité :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Nom, prénom :

Qualité :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

• **Renseignements médicaux concernant l'enfant (à remplir avec le carnet de santé)**

>> **Vaccination :**

L'enfant est-il à jour dans sa vaccination ? Oui Non

Vaccins effectués (cochez la ou les cases) :

Diphtérie Tétanos Poliomyélite BCG Hépatite B Rubéole-Oreillons-Rougeole

Coqueluche Autre(s) :

>> **Allergies validées par un avis médical :**

Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non Autre(s) :

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

.....

>> **Maladies :**

L'enfant a-t-il un traitement médical pour une maladie chronique : Oui Non

Si oui, lequel ? :

L'enfant a-t-il eu des difficultés de santé qu'il serait utile de connaître (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

• **Recommandations utiles**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Précisez :

Autres recommandations :

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur),,

responsable légal de l'enfant (nom, prénom),,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à faire pratiquer toutes les interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs, à rembourser le montant des frais médicaux.

- atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services utilisés et les accepte totalement et inconditionnellement.

J'autorise Je n'autorise pas

l'exploitation et l'utilisation de l'image de mon enfant par la Commune de Combrée sous toutes formes et tous supports de communication connus et inconnus à ce jour sans aucune limitation pour une durée illimitée, intégralement ou par extrait.

Date :

Signature du responsable légal

précédée de la mention « Lu et approuvé » :