

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS - ANNÉE SCOLAIRE 2017/2018

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

Fille  Garçon

N° d'allocataire C.A.F. : \_\_\_\_\_

Régime social : \_\_\_\_\_

C.A.F. d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE

Autre C.A.F. : \_\_\_\_\_

**Si vous n'êtes pas allocataire C.A.F., merci de joindre un avis d'imposition.**

### SCOLARITÉ

École : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Enseignant : \_\_\_\_\_

### PARENTS DE L'ENFANT

	Mère Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom		
Adresse du domicile		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Adresse e-mail		
Situation familiale		
Nom et adresse de l'employeur		
Catégorie socioprofessionnelle		

Personne(s) à joindre en cas d'urgence (Nom + Téléphone) : \_\_\_\_\_

### PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher l'enfant (autre que les parents) :

Nom et Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone	Adresse

### AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant de plus de 7 ans à rentrer seul ?      OUI       NON

J'autorise la diffusion de photos où apparaît mon enfant, prises lors des activités, sur le site internet du SIVU scolaire de Pange (sivupange.com) :      OUI       NON

J'autorise la diffusion du nom et prénom de mon enfant sur les listes de répartition diffusées sur le site internet du SIVU scolaire de Pange :      OUI       NON

L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée ? OUI  NON

#### ASSURANCE

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

N° de contrat : \_\_\_\_\_ Date d'échéance : \_\_\_\_\_

**Merci de joindre à ce dossier une photocopie de l'attestation assurance.**

#### FACTURATION

Nom du payeur principal :

Afficher « M. ou Mme » sur la facture OUI  NON

Mode de facturation :

Je souhaite payer directement à la trésorerie de VIGY.

Je souhaite être prélevé tous les mois.

**Merci de joindre à ce dossier un RIB.**

Je certifie exact les renseignements portés sur ce document et m'engage à tenir informé la directrice du périscolaire et du centre de loisirs en cas de modifications.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature :**

## FICHE SANITAIRE - ANNÉE SCOLAIRE 2017/2018

Nom et Prénom de l'enfant :

Fille  Garçon

Né(e) le :

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

Port de lunettes, prothèses auditives, ou autre : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

Date de la dernière mise à jour du carnet de santé : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Merci de joindre à ce dossier une photocopie de l'ensemble des pages présentant les vaccins dans le carnet de santé de votre enfant.**

Pour rappel, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est obligatoire. Si ces vaccins n'ont pas été réalisés, un certificat de contre indication devra être fourni.

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit un traitement médical ? OUI  NON

Si oui, merci de nous fournir les médicaments, accompagnés d'une copie de l'ordonnance correspondante. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice)

**Attention, aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**L'enfant a-t'il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ?**

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Asthme
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**L'enfant présente il des allergies ?**

Médicamenteuses	Alimentaires	Autres

Conduite à tenir :

\_\_\_\_\_

Autres difficultés de santé et précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

En cas d'accident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant. Le responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature :**

Dans le cas de recommandations spécifiques, vous pouvez les renseigner sur une feuille jointe à ce document.