

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Merci de remplir impérativement toutes les rubriques)

Année scolaire 2020-2021

	Nom	Prénom	Classe	École	Date naissance
1 ^{er} enfant					
2 ^{ème} enfant					
3 ^{ème} enfant					
4 ^{ème} enfant					

Si la famille bénéficie de l'aide MDPH, merci d'indiquer pour quel enfant ici :

PÈRE : Nom, prénom et adresse (Obligatoire) :

Tèl PÈRE (Obligatoire) : Dom : Port : Travail :

Adresse email :

Nom et adresse de l'employeur :

MÈRE : Nom, prénom et adresse (Obligatoire) :

Tèl MÈRE (Obligatoire) : Dom : Port : Travail :

Adresse email :

Nom et adresse de l'employeur :

Autorité parentale : Père Mère

Situation familiale des parents : mariés pacsés concubins divorcés séparés célibataire
veuf famille recomposée

Si famille recomposée :

Nom du nouveau conjoint :

Tèl dom. : Port. : Travail :

Nom et adresse de l'employeur :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et n° de téléphone :

Personnes juridiquement interdites (fournir un justificatif) :

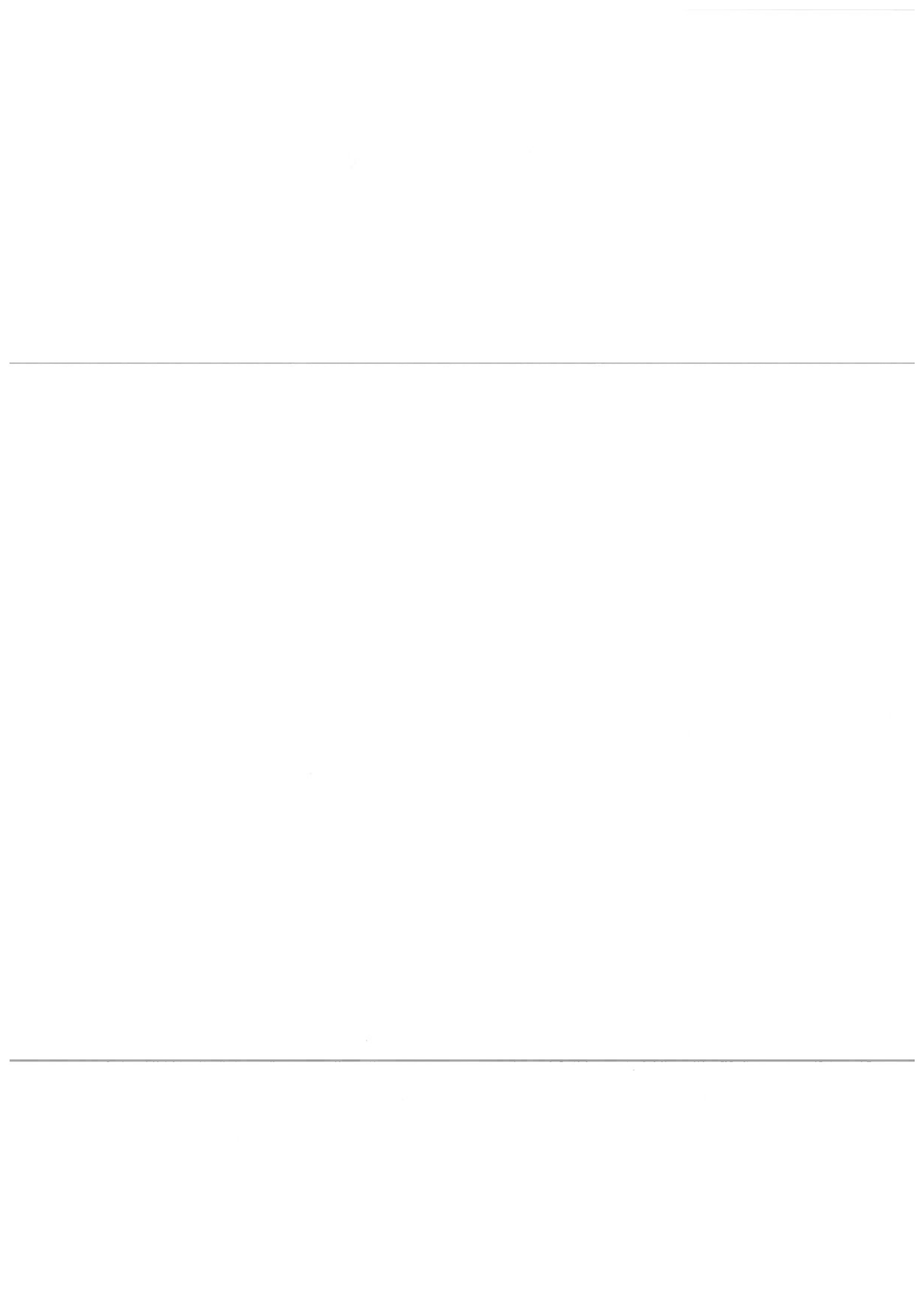
Prélèvement automatique : OUI NON Je joins un RIB

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI NON **Adresse email** :

Utilisation du Portail Famille : OUI NON **Besoin d'envoi de la procédure portail** : OUI NON

J'informerai l'accueil de loisirs si un changement d'adresse, de numéro de téléphone ou un changement sanitaire intervenait en cours d'année scolaire.

Date et signature



Fiche Sanitaire 2020/2021

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3">Maladies</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Angine</td> <td><input type="checkbox"/> Rougeole</td> <td><input type="checkbox"/> Coqueluche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rhumatisme</td> <td><input type="checkbox"/> Oreillons</td> <td><input type="checkbox"/> Otite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rubéole</td> <td><input type="checkbox"/> Scarlatine</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Varicelle</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Maladies			<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine		<input type="checkbox"/> Varicelle			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Allergies alimentaires et/ou repas spéciaux</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>Autres allergies (médicamenteuses, insectes ...)</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	Allergies alimentaires et/ou repas spéciaux		Autres allergies (médicamenteuses, insectes ...)	
Maladies																				
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Coqueluche																		
<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Otite																		
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine																			
<input type="checkbox"/> Varicelle																				
Allergies alimentaires et/ou repas spéciaux																				
Autres allergies (médicamenteuses, insectes ...)																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Difficultés de santé, traitement médical, PAI, hospitalisations, maladies, recommandations des parents ...</td> </tr> <tr> <td style="height: 80px;"></td> </tr> </table>		Difficultés de santé, traitement médical, PAI, hospitalisations, maladies, recommandations des parents ...																		
Difficultés de santé, traitement médical, PAI, hospitalisations, maladies, recommandations des parents ...																				

Vaccins	Fait le
----------------	----------------

Nom, prénom et n° de tél du médecin traitant :

J'autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident (SAMU, pompiers, hospitalisation ...)

OUI NON

DATE

SIGNATURE

