

FICHE SANITAIRE ANNÉE SCOLAIRE 2022/2023

NOM de l'enfant : PRÉNOM : Né(e) le :
(en lettres majuscules) (en lettres majuscules) (en lettres majuscules)

✕ Adresse :

@ Courriel : École : Classe :

Centre de loisirs :

Représentant 1 : NOM : PRÉNOM : Profession :

☎ Tél. domicile : ☎ Tél. travail : 📱 Tél. portable :

Représentant 2 : NOM : PRÉNOM : Profession :

☎ Tél. domicile : ☎ Tél. travail : 📱 Tél. portable :

MARIÉS DIVORCÉS SÉPARÉS VEUF(VE) CÉLIBATAIRE VIE MARITALE PACS

Si séparation des parents, préciser si garde alternée : OUI NON

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

OBLIGATOIRE : date de rappel vaccin DT Polio + la photocopie de la page des vaccins de votre carnet de santé :
(contre la diphtérie, Tétanos et Poliomyélite)

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Maladie : OUI NON Préciser :

Prise de médicaments : OUI NON Préciser :


Votre enfant a-t-il des allergies ?

Aliments : OUI NON Préciser :

Autres : OUI NON Préciser :

Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un P.A.I. car il a un problème de santé à prendre en charge en temps scolaire et périscolaire (problème de santé à signaler au Directeur d'école lors de l'admission de l'enfant).

Renseignements complémentaires concernant l'état de santé de l'enfant (interventions chirurgicales, autre) :

 Restauration scolaire, demande d'un menu spécifique : menu sans viande menu sans porc P.A.I.

OBLIGATOIRE : Assurance scolaire ou responsabilité civile. (Nom de la compagnie et numéro du contrat) :

Personne(s) majeures ou mineures (munie(s) d'une pièce d'identité) autorisée(s) à venir chercher l'enfant, autres que les parents :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : ☎ Tél. domicile : 📱 Tél. portable :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : ☎ Tél. domicile : 📱 Tél. portable :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : ☎ Tél. domicile : 📱 Tél. portable :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : ☎ Tél. domicile : 📱 Tél. portable :

ATTENTION : je décharge la collectivité de toute responsabilité après remise de mon enfant à l'une des personnes majeures ou mineures ci-dessus.

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e)..... (NOM, Prénom), **responsable légal de l'enfant**, certifie exacts les renseignements portés sur le présent document et sur le dossier d'inscription. J'atteste, dans le cas de parents séparés ou divorcés, que le père ou la mère de l'enfant est informé(e) de ces données. Je déclare accepter le règlement intérieur des prestations municipales (restauration scolaire, accueil, centre de loisirs, ramassage scolaire).

J'autorise la Municipalité :

- * à solliciter la CAF pour qu'elle transmette à l'administration mon Quotient familial : non oui
- * à prendre toute mesure d'urgence en cas d'accident de mon enfant : non oui
- * à m'envoyer des alertes SMS pour toute information relative au fonctionnement du service : non oui
- * à photographier mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et utiliser ces supports : non oui
- * à m'envoyer chaque mois la facture dématérialisée des prestations périscolaires : non oui

MÉRIGNAC, leSIGNATURE :