

# MAIRIE D'ECHENEVEX - SERVICE ENFANCE

## FICHE INDIVIDUELLE ENFANT – 2019 - 2020

<b>NOM :</b> _____	<b>PRÉNOM :</b> _____
<b>ADRESSE :</b> _____ _____ _____	Né(e) le : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon Nationalité : _____ Classe : _____
<b>PARENT 1 :</b> Nom : _____ Prénom : _____ Situation de famille : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail : _____ Employeur : _____ Téléphone travail : _____	<b>PARENT 2 :</b> Nom : _____ Prénom : _____ Situation de famille : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail : _____ Employeur : _____ Téléphone travail : _____

### PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom - prénom	Téléphone	Lien parenté

Autorise mon enfant à rentrer seul(e) au domicile OUI – NON (rayer la mention inutile)  
Attention : la responsabilité du centre de loisirs et de la commune ne pourra alors être engagé dans ce cas.

- J'accepte les termes des règlements intérieurs : cantine et/ou centre de loisirs 2019/2020  
 Je ne souhaite pas recevoir ma facture en papier : je la télécharge sur le portail citoyen

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Signature du père :

Signature de la mère :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

**Enfant :**  fille  garçon      Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_      Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

## Accueil de loisirs les mésanges, Echenevex 2019/2020

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	BO	Dernier rappel	Vaccins recommandés	BO	Date
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## II - Renseignements médicaux :

L'enfant prend un traitement médical ?

oui  non Si oui lequel \_\_\_\_\_

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans PAI.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses  oui  non      asthme  oui  non  
 alimentaires  oui  non      autres  oui  non

L'enfant a-t-il un Protocole d'accueil individualisé ?      des enfants concernés  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (PAI avec ordonnance) :**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

L'enfant est-il porteur d'un handicap reconnu par la MDPH ?       oui  non

## III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Régime alimentaire :  avec viande  sans viande

## IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_      Prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél. domicile : \_\_\_\_\_      travail : \_\_\_\_\_      portable : \_\_\_\_\_

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** la direction de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : \_\_\_\_\_      Date : \_\_\_\_\_