



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Maternelle Élémentaire
Année Scolaire 2024/2025

ENFANT A INSCRIRE

Nom : Adresse :
Prénom :
Date de naissance : / / Code postal :
Sexe : Féminin Masculin Ville :
Ecole :
Classe :

Composition du foyer de l'enfant / personnes habitant avec l'enfant

Situation familiale

Marié(e) Union Libre Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve) Pacsé(e)

Parent ou représentant(e) 1

Madame Monsieur Famille d'accueil
Nom :
Prénom :
Tél. domicile :
Tél. portable personnel :
Tél. professionnel :
Courriel (en Majuscules) :
.....

Parent ou représentant(e) 2

Madame Monsieur Famille d'accueil
Nom :
Prénom :
Tél. domicile :
Tél. portable personnel :
Tél. professionnel :
Courriel (en Majuscules) :
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'enfant

NOM / PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé ? OUI NON

Si oui le(s)quel(s) :

- Si nécessité de mise en place d'un « Projet d'Accompagnement Individuel Périscolaire » (PAI)

Régime alimentaire : Sans porc Sans viande Aucun

AUTORISATIONS PARENTALES

JE SOUSSIGNE(E) Mme / M. :

RESPONSABLE LEGAL de :

Père Mère Tuteur

1. L'ALSH à le (la) photographeur/filmer durant l'année, et utiliser ces supports dans le cadre pédagogique, sous la forme de journal, affiche, publicité et site internet communal, Facebook :

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

2. Les interventions chirurgicales d'urgence éventuellement nécessaires :

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

3. L'enfant est autorisé à sortir du territoire français en cas de sortie pédagogique hors de France :

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

4. L'enfant est autorisé à rentrer seul à son domicile (seulement les primaires) :

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

Si oui à partir de :h.....

5. Autorisation de consulter votre quotient familiale sur le site CAF PRO :

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

PIECES A FOURNIR

- Photocopie livret de famille (non obligatoire pour les enfants déjà inscrits en 2023/2024)
- Assurance scolaire et extrascolaire 2024/2025
- Fiche sanitaire de liaison
- Attestation de Quotient familial CAF
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de la Treffortine

Signature du responsable légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)
