

## Guichet Famille Année scolaire 2020-2021

### FICHE ENFANT

Fiche individuelle et confidentielle de renseignements administratifs et sanitaires

#### Enfant concerné

Nom : ..... Prénom (s) .....

Date de naissance : .....  Fille  Garçon

- Inscription en Petite Section Maternelle ( PS) :
- Inscription en Cours Préparatoire (CP) :
- Nouvel arrivant sur la commune :  précisez la classe : .....
- Inscriptions autres (écoles municipales de sports, etc..)

Compagnie d'assurance : ..... N° de contrat : .....

**Assurance de l'enfant :** Pour toute participation aux activités municipales, l'enfant doit être couvert par une assurance Extrascolaire ou Responsabilité Civile du foyer, en cours de validité.

#### Représentant légal 1 :

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

#### Représentant légal 2 :

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

Si séparation, veuillez indiquer la situation familiale  Garde alternée  Garde exclusive

**J'autorise mon enfant à partir seul (hors enfant d'âge maternel) :**

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Fin du Périscolaire Soir                                  | Fin du Périscolaire Mercredi                              | Fin de l'Accueil de Loisirs                               | Fin de l'École Municipale Sports                          |
| <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 |

**Personnes nommées et autorisées par les représentants légaux (autres que les représentants légaux)**

| Nom Prénom | Téléphone | À contacter en cas d'urgence                              | Autorisé(e) à venir chercher l'enfant                     |
|------------|-----------|---|---|
|            |           | <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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

**PARAGRAPHES CI DESSOUS, À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT**

❶ et ❷ pour une inscription à la Restauration scolaire uniquement

❶ ❷ et ❸ pour une inscription à la Restauration scolaire, aux Accueils périscolaires (*matins et/ou soirs et/ou mercredis*), aux Accueils de loisirs vacances et aux Écoles Municipales de Sports

❶ **Renseignements médicaux**

L'enfant a t'il été suivi en 2019/2020, par une Auxiliaire de Vie (AVS) durant le temps scolaire ?

OUI  NON

L'enfant fait il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ?  OUI *Précisez dans le tableau ci dessous*

| Allergie Alimentaire         | Diabète                      | Asthme                       | Maladie Chronique (précisez)       | Autres (précisez)                  |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI ..... | <input type="checkbox"/> OUI ..... |
|                              |                              |                              | .....                              | .....                              |
|                              |                              |                              | .....                              | .....                              |

Lors de l'inscription, les représentants légaux sont dans l'obligation d'informer des allergies et des différents problèmes de santé dont souffrent leur enfant. Ils engagent leur responsabilité lorsqu'ils ne les signalent pas.

❷ **Vaccinations**

| VACCINATIONS<br><i>À remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations</i> | OUI | NON | Dates du dernier vaccin ou rappel |
|---|-----|-----|-----------------------------------|
| Antituberculeuse : B.C.G  |     |     | ___/___/___                       |
| Contre Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, etc..                                      |     |     | ___/___/___                       |
| Contre infections invasives à pneumocoque   |     |     | ___/___/___                       |
| Hépatite B  |     |     | ___/___/___                       |
| Contre Rougeole, Oreillons et Rubéole   |     |     | ___/___/___                       |

❸ **Certificat médical**

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné l'enfant, .....

- Il ou elle ne présente aucun signe contre-indiquant la pratique des activités sportives
- Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations
- Il ou elle est apte à fréquenter un Accueil Collectif de Mineurs, une École Municipale de Sports

**Cachet et signature du Médecin :**

✳ **Je certifie exact les renseignements transcrits et fournis**

✳ **J'autorise :**

- Mon enfant à participer à toutes les activités municipales auxquelles ce dernier est inscrit
- Le directeur(trice) de l'accueil ou l'éducateur sportif à prendre toutes les mesures en cas d'urgence, rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant
- La structure hospitalière, si cela s'avère urgent, à soigner, anesthésier et opérer mon enfant - sachant que toutes mesures seront prises pour me prévenir ou prévenir la(es) personne(s) que j'ai désigné (Fiche AE)

✳ **Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur Général et de ses annexes, applicables aux inscriptions scolaires, périscolaires, extra-scolaires, aux activités municipales (sports, culture, ..)**

À Hyères, le ..../...../202..

«Lu et Approuvé» (mention manuscrite)