

*A renouveler chaque année*

NOM DE L'ENFANT : .....	PRENOM : .....
Date de naissance : ...../...../.....	Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Ecole : .....	
Niveau scolaire : .....	
Votre enfant est-il suivi par une Assistante de vie scolaire ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Nom du médecin traitant et coordonnées : .....	
.....	

Allocataire :  CAF       MSA       Autres : .....

Numéro allocataire CAF : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

**Partie à remplir par les familles dont les enfants ne sont pas scolarisés sur la ville de Bailly**

Nom et prénom	Parent 1	Parent 2
Adresse		
Code postal et Ville		
Téléphone domicile		
Téléphone mobile		
Email		
Profession		
Nom et adresse de l'employeur		
Téléphone professionnel		

Situation familiale :  mariés     vie maritale     pacsés     célibataire     divorcés     séparés     veuf(ve)     famille recomposée

**En cas de séparation ou de divorce, préciser :**

Autorité parentale :                       conjointe                       à la mère                       au père

Résidence principale :                       garde alternée                       chez la mère                       chez le père

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT****1. Vaccinations : Prière de joindre la photocopie du carnet de vaccinations**

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio				Coqueluche	
				BCG	
				Autres (préciser)	



**2. Renseignements médicaux**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (*aucun médicaments ne sera donné sans ordonnance, la boîte de médicaments doit être dans son emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice*)

**Présence d'un PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) : oui  (à joindre obligatoirement à la fiche sanitaire) non

L'enfant a-t-il une allergie connue : oui  non

ASTHME     ALIMENTAIRE     MEDICAMENTEUSE     AUTRES

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES..... .....

Indiquer si l'enfant connaît ou a connu des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, crises, rééducation, etc, ...) .....

**3. Recommandations particulières**

Régime alimentaire particulier sans porc : oui  non

L'enfant porte-t-il des lunettes ? oui  non

L'enfant porte-t-il des lentilles ? oui  non

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? oui  non

L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? oui  non

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? oui  non

Autre recommandations (sieste, doudou, tétine, rituels, appétit, contre-indication pour des activités, propreté, etc, ...) :

Dans le cadre des entrées et sorties de l'enfant, merci de bien vouloir remplir les documents suivants : « attestation », « décharge de responsabilité » et/ou « personnes autorisées à déposer ou récupérer l'enfant » que vous trouverez sur le site de la commune ou dans notre règlement intérieur

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires y compris le transfert en milieu hospitalier.

Fait à .....

Le .....

Signature :