

NOM de l'enfant	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	Sexe	ECOLE	Niveau scolaire (CP, CM1...)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

CANTINE

Inscription à partir de  la rentrée scolaire le lundi 2 septembre 2019

à une autre date, précisez.....

**Pour le restaurant scolaire, entourer le jour concerné.** Si vous inscrivez votre enfant au planning, un imprimé complémentaire vous sera adressé et sera à retourner à la date indiquée dessus.

<input type="checkbox"/> Restaurant scolaire	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI		Au planning
--	-------	-------	-------	----------	--	-------------

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Inscription à partir de  la rentrée scolaire le lundi 2 septembre 2019

à une autre date, précisez.....

**Inscription régulière** (jours fixes), merci de cocher les jours de présence dans le tableau ci-dessous :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<b>SEMAINE PAIRE</b>					
MATIN					
MIDI					
SOIR					
<b>SEMAINE IMPAIRE</b>					
MATIN					
MIDI					
SOIR					

ou  **Inscription au planning.** Un imprimé à compléter (par période) vous sera envoyé par mail à l'adresse indiquée sur la fiche famille.

ou  **Occasionnellement.** Contacter le pôle enfance pour l'inscription.

Réservé à l'administration :

Adhésion APS, montant .....

N° du chèque .....

N° Bord. : .....

Date : .....

Nom - Prénom : .....

**Signature :** .....

## Fiche sanitaire de liaison 2019-2020

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant à la cantine, au périscolaire et au centre de loisirs.

NOM de l'enfant	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	Sexe	L'enfant est bénéficiaire de l'AEEH.*
.....	.....	.....	.....	OUI NON

### 1 - Vaccinations :

\* AEEH = Allocation d'éducation enfant handicapé.

⇒ **Merci de fournir une copie du carnet de vaccinations** (si possible recto-verso).

### 2 - Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Attention aucun médicament ne sera donné à l'enfant sauf sous présentation d'une **ordonnance** récente. Les **médicaments** doivent correspondre à ceux inscrits sur l'ordonnance, dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant.

Cocher la ou les maladies que votre enfant a eu :

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

#### Allergies :

Médicamenteuses  oui

Asthme  oui

Alimentaires  oui

Autres  oui

**Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....

.....

.....

**Il y a-t-il un PAI en cours ?**  oui  non

Si oui, merci de fournir le PAI à jour accompagné de la trousse de secours pour chaque structure au nom de l'enfant. Fournir également une photo d'identité de l'enfant.

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

.....

.....

### 3 - Recommandations utiles :

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

.....

.....

Médecin traitant		Parent 1	Parent 2
		Nom	.....
		Prénom	.....
Nom	.....	Téléphone	.....
Téléphone	.....	Tél. fixe	.....
Adresse	.....	Adresse	.....

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

Date : .....

**Signature** (précédée de la mention lu et approuvé)