

Accueil périscolaire de Plancher-Bas

40, rue Louis Pergaud
70290, Plancher-Bas

Fiche de renseignements Parents

Nom et Prénoms Enfant(s)	Date de naissance	Classe

Nom et Prénom du Père :

Adresse :

 Domicile :

Portable :

Professionnel :

Profession :

Nom et Prénom de la Mère :

Adresse :

 Domicile :

Portable :

Professionnel :

Profession :

Adresse mail de contact :

@

Situation de Famille

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Vie Maritale

Célibataire

En cas de divorce (Joindre un justificatif)

qui a la garde de l'enfant ? Père Mère

A qui doit-on adresser la facture ? Père Mère

Autres informations

N° Sécurité sociale du responsable :

Caisse d'allocation familiales de :

N° Allocataire CAF :

Quotient :

Nom du médecin traitant :

 Médecin :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) et autorisée(s) à venir chercher le ou les enfants.

Nom et Prénom	Tel Fixe	Tel Portable	Lien avec l'enfant

Date :

Nom et signature du responsable

Tout changement de situation portant modification des renseignements ci-dessus devra être signalé sans délai au service périscolaire.



: 06 88 72 70 98

<mailto:periscolaireplancher-bas@outlook.fr>

Accueil périscolaire de Plancher-Bas

40, rue Louis Pergaud

70290, Plancher-Bas

Fiche de renseignements Enfant

Nom et Prénoms	Compagnie Assurance	N° Contrat (Responsabilité civile)

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

Vaccins obligatoires				Vaccins recommandés (Autres à préciser)			
Diphtérie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>	Hépatite B	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>	Rubéole Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>
Poliomyélite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>
Ou DT polio	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>
Ou Tétracoq	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/>				Date <input type="text"/>

Allergies (précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler)

Asthmes Oui Non Médicamenteuses Oui Non Alimentaires Oui Non

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Angine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Otite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oreillon	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--------	------------------------------	------------------------------	------------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------	-----------	------------------------------	------------------------------	-------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, Rééducation)

Préciser les dates et les précautions à prendre

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc..., précisez).

Autorisations

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil périscolaire (cinéma, balades en forêt,...)
- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par l'équipe d'animation dans les salles ou sur les terrains extérieurs.
- J'autorise les animateurs à prendre en photo mon enfant pour une utilisation interne (revue, journal, diaporama)
- J'autorise les responsables du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Je décharge le personnel de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre.
- Je dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux...)
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Nom et signature du responsable

Tout changement de situation portant modification des renseignements ci-dessus devra être signalé sans délai au service périscolaire.



: 06 88 72 70 98

<mailto:periscolaireplancher-bas@outlook.fr>