

## FICHE SANITAIRE D'INSCRIPTION

ÉCOLE : .....

*Touche Tab pour passer au champ suivant*

- Accueil périscolaire       Accueil périscolaire 7h - Voltaire       Accueil périscolaire 7h15 - maternelle F.Buisson  
 Restauration scolaire       ACM « Mille Couleurs »       Animation Loisirs Jeunes

### ENFANT

Nom :			
Prénom :		Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Régime alimentaire :	<input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Sans porc		

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

	RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
Civilité:	M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>
Nom :		
Prénom :		
Tél. ou portable :		
Mail :		
Autorité parentale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Observations <small>Si l'enfant vit chez un tuteur, préciser les coordonnées du tuteur.</small>		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié(é) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	

### Personnes – de plus de 10 ans – autorisées à venir chercher l'enfant

Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél. ou portable :

### VACCINATION OBLIGATOIRE

DTP:	<input type="checkbox"/>	Date du dernier rappel:	
<i>Copie de la page du carnet de santé relative à cette vaccination ou attestation d'un médecin justifiant de sa contre-indication</i>			

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Medecin traitant (Nom, n°téléphone)			
Traitement médical en cours :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<i>(si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, avec la notice et marqués au nom de l'enfant). <b>Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.</b></i>
Allergie médicamenteuse :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Autre·s allergie·s : (préciser)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Diabète :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Asthme :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Allergie alimentaire :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Autres : (préciser)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

### Recommandations particulières

**Dans le cas où un protocole d'urgence, un PAI ou autre document relatif à la santé de votre enfant est mis en place dans le cadre scolaire, veuillez nous le transmettre et prendre rendez-vous avec le service enfance jeunesse.**

Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques liés à une maladie chronique, un trouble ponctuel de la santé, un handicap (accessibilité, accompagnement, adaptation d'emploi du temps, aménagement d'activité...)?

- oui       non

Préciser les besoins spécifiques de votre enfant :

.....  
 .....  
 .....

#### La conduite à tenir pour garantir la sécurité de votre enfant :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) sur son temps scolaire ?

- oui       non

Percevez-vous l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ?

- oui       non

Souhaitez-vous nous faire d'autres recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, appareil dentaire, prothèse auditive...)?

.....  
 .....  
 .....

### Autorisations spécifiques

J'autorise mon enfant de plus de 10 ans à quitter seul l'ACM :

- oui       non

J'autorise mon enfant à monter dans une voiture de fonction et/ou un véhicule municipal :

- oui       non

La mairie de La Chapelle Saint-Luc effectue régulièrement des photos et vidéos dans le cadre des activités organisées par les différents services pour une stricte utilisation sur les canaux de communication de la ville à l'exclusion de toute exploitation commerciale. J'autorise la prise de vue et la diffusion d'images/vidéos de mon enfant.

- oui       non

J'autorise la commune de La Chapelle Saint-Luc à utiliser mon numéro de portable pour m'informer par SMS :

- oui       non

J'autorise l'organisateur, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant :

- oui       non

Date .....

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »