



**FICHE INDIVIDUELLE ENFANT 2018-2019**

**NOM de l'enfant (en MAJUSCULES) :** .....

**PRENOM de l'enfant (en MAJUSCULES) :** .....

Fille :  Garçon :  Date de naissance : ..... Lieu : .....

Ecole : ..... Classe à la rentrée (2018-2019) : .....

Adresse de l'enfant : .....

**Coordonnées des responsables légaux à prévenir en cas d'urgence (père, mère, autre à préciser.)**

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

**Personnes à prévenir en cas d'urgence et /ou autorisées à récupérer mon enfant (Autres que les responsables légaux)**

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone	A prévenir en cas d'urgence	Autorisée à venir chercher l'enfant
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autorisations**

**Autorisation de sortie et de participation aux activités aquatiques**

J'autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques dans le cadre périscolaire, et accueil de loisirs Oui  Non

**Autorisation de sortir seul de la structure**

J'autorise mon enfant à partir seul dans le cadre périscolaire, et accueil de loisirs Oui  Non

**Autorisation de prise de vue et de conservation des supports par la CAPG**

J'autorise, dans le cadre d'activités ou de manifestations, que mon enfant soit pris en photo et/ou filmé Oui  Non

**Autorisation de participation aux activités**

J'autorise mon enfant à participer aux activités dans le cadre périscolaire, et accueil de loisirs Oui  Non

**Assurance**

L'assurance scolaire ou responsabilité civile de l'enfant est obligatoire. La famille s'engage à fournir l'attestation d'assurance et à prévenir de tout changement de contrat. Le cas échéant, la nouvelle attestation devra être fournie.

Fait à....., le .....

Signature du responsable

**FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT POUR LA RENTREE 2018-2019**

NOM : ..... PRENOM : .....

*Si votre enfant n'est pas vacciné, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication.*

Vaccination	Date	Vaccination	Date
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R.O.R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		B.C.G	
Ou Tetracoq			

**Maladies** : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Si oui cochez la case correspondante)

- Angine       Coqueluche       Oreillons       Otite       Rubéole   
 Rougeole       Rhumatismes articulaires       Scarlatine       Varicelle

**Maladies chroniques de l'enfant :**

- Aucune     Asthme     Diabète     Epilepsie     Convulsions     Autre .....

Indiquez les difficultés liées à la santé de votre enfant (maladie, accident, crises de convulsions, hospitalisation, intervention chirurgicale, rééducation...) et précisez les précautions à prendre : .....

.....

**Appareillages** : Aucun     Lentilles     Lunettes     Prothèses dentaires     Appareil dentaire

Autre  à préciser : ..... **Recommandations particulières** : .....

**Nom du Médecin traitant** : ..... **Téléphone** : .....

Allergies : Asthme     Alimentaires  (*Certificat médical exigé*)    Médicaments     Autres     Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

**Projet d'Accueil individualisé (PAI)** à fournir impérativement

Si la santé de votre enfant impose la mise en place d'un PAI, un bilan médical datant de moins de 3 mois doit être fourni. Vous devez impérativement vous mettre en relation avec le médecin scolaire ou la Protection Maternelle Infantile, par l'intermédiaire du directeur d'école, dès la rentrée des classes. Dans le cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra fréquenter le service de restauration scolaire tant que le PAI n'aura pas été validé par le médecin scolaire.

Un PAI est déjà en cours    Oui     Non                       Une demande est envisagée    Oui     Non

**Rappel** : pour la mise en place d'un PAI, merci de vous rapprocher de l'établissement scolaire.

Je soussigné(e)....., représentant(e) légal(e) de l'enfant, **autorise** le service jeunesse de la CAPG encadrant mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas d'accident, il est fait appel au SAMU ou aux sapeurs-pompiers. Les parents de l'enfant sont prévenus par le responsable périscolaire ou le directeur de l'accueil de loisirs.

Je **certifie** l'exactitude des renseignements ci-dessus, **m'engage** à signaler à la CAPG toute modification des informations portées sur ce document, **et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur.**

Fait à ....., le ..... **Signature des responsables légaux**