

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

S.I.R.S. LA CHAPELLE AUX POTS / HODENC EN BRAY



CANTINE



Nom-Prénom :

Date et lieu de naissance : / / à Sexe : F/M

Classe : Ecole :

Enseignant :

Caisse et N° de sécu soc. d'affiliation de l'enfant :

PHOTO A COLLER
OBLIGATOIRE

SERVICES :

Mon enfant :	OUI			NON
	Tout le temps	Occasionnellement ou planning	Très rarement	
→ Mangera à la cantine	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
→ Ira au périscolaire	Matin 7h30/8h30			
	Soir 16h30/18h30			
→ Participera à l'ALSH Périscolaire du Mercredi	7h30/9h00			
	accueil matin			
	9h/13h30			
	9h/16h30			
	16h30/18h30			
	accueil soir			

Remarques :

• INFORMATIONS MEDICALES DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant :

N° de tél :

Groupe sanguin :

Rhésus :

Ne sais pas

Vaccins : (OBLIGATOIRE) JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS A JOUR, si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

Maladies :

Angine		Coqueluche		Otites		Rubéole		Scarlatine	
Asthme		Oreillons		Rhumatisme		Rougeole		Varicelle	

Allergies et conduites à tenir : (fournir le PAI)

Remarques :

Allergie : ASTHME ALIMENTAIRE MEDICAMENTEUSE AUTRE :

Autres : (recommandations des parents, indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates ; maladie, accidents, crises convulsives, opérations...) Si l'enfant doit suivre un traitement, lequel ?

Antécédents médicaux :

Interventions chirurgicales :

Régime Alimentaire spécial : Sans viande Sans porc Autres :

• PRISE EN CHARGE

Autorisé(e) à rentrer seul(e) : OUI NON (*fournir une autorisation écrite et signée*)

Pris(e) en charge par un tiers

NOM	PRENOM	ADRESSE	N de tel	Lien de famille

• AUTORISATIONS

J'AUTORISE MON ENFANT :

- A ETRE PRIS EN PHOTO/VIDEO OUI NON
- DIFFUSION PRESSE/BULLETIN MUNICIPAL/AUTRES OUI NON
- A LA BAIGNADE OUI NON (SAIT NAGER : OUI / NON)
- A ETRE MAQUILLE PAR L'EQUIPE D'ANIMATION OUI NON

AUTORISATION des parents aux soins d'urgence : **OUI**

👉 Centre de soins : **HOPITAL-URGENCES DE BEAUVAIS.**

J'autorise la directrice de l'Accueil de Loisirs et Services Périscolaires, Madame HALLER Audrey, à faire hospitaliser mon enfant et à faire pratiquer tout soin ou intervention chirurgicale, y compris anesthésie en cas d'urgence et ainsi prendre toutes les dispositions nécessaires sans attendre mon accord.

J'autorise également mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'ALSH et à prendre les transports en commun.

Je certifie avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de la structure et je m'engage à le respecter en tout point. Par ailleurs, j'atteste avoir déclaré les renseignements exacts portés sur cette fiche.

Je me dois d'informer et signaler tout changement (N° de téléphone, adresse, situation...) auprès de la responsable de la structure au cours de l'année.

« Lu et approuvé » le :

Signature du Père, mère ou tuteur légal.