

**Fiche de renseignements Administratifs et  
Sanitaires Année 2017 / 2018**

**6 Documents à présenter impérativement au moment de l'inscription**

**Fournir les photocopies**

Carnet de santé

Carnet de santé (copie de la partie vaccination)

Assurance Oui  Non

extrascolaire Nom de la compagnie.....

(à vérifier) N° de contrat.....

Date de souscription : ...../...../.....

**7 Médecin traitant**

**Nom, prénom** .....

**Tel** .....

**8 Déclaration sur l'honneur**

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Toute personne procédant à une fausse déclaration pour elle-même ou pour autrui s'expose, notamment aux sanctions prévues par la législation en vigueur dans le Code civil, le Code de la santé et le Nouveau Code pénal. L'organisateur des activités de la Direction de l'Éducation ne saurait être tenu responsable en cas de fausse déclaration.

**Date**

**Signature (s)**

*Conformément à la Loi « Informatique et libertés » modifiée du 06/01/1978 article 34, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modifications, de rectifications, et de suppressions des données vous concernant portées dans nos fichiers.*

**1 Ecole fréquentée**

.....  
 .....

**2 Enfant**

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....Lieu.....

**Garçon**  **Fille**

**3 Représentant légal de l'enfant (personne à contacter)**

Vous êtes Le père  La mère  Le tuteur

Nom .....

Prénom .....Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal .....Ville.....

N° Allocation .....

N° de Sécurité .....

Sociale .....

Tel Domicile 0690.....Tel professionnel 0590.....

Tel Mobile .....@.....

Email .....@.....

**4 Autre représentant légal (personnes à contacter)**

Vous êtes Le père  La mère  Le tuteur

Nom .....

Prénom .....Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal .....Ville.....

N° Allocation .....

N° de Sécurité .....

Sociale .....

Tel Domicile 0690.....Tel professionnel 0590.....

Tel Mobile .....@.....

Email .....@.....

**5 A remplir obligatoirement : Recommandations des parents**

Traitement médical Oui  Non   
 Projet d'Accueil Existe-t-il un P.A.I. ? Oui  Non   
 Individualisé Si oui, joindre le PAI et/ou l'ordonnance correspondante, médicaments et notices d'utilisation dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant (en boîte étanche si possible)

**Asthme et allergies**

Asthme Oui  Non

Allergies Médicamenteuses Oui  Non   
 Alimentaires Oui  Non   
 Autres .....

Conduites à tenir (Signaler automédication) .....

**Autres recommandations** .....

**Participation aux activités sportives dont piscine**

Oui  Non   
 Si non, veuillez indiquer les contre indications.....

**Vaccinations**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou tétacoq				Autres :	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication et / ou une attestation sur l'honneur.**

**Difficultés de santé et précautions à prendre**

Maladies, accidents, crises convulsives, opérations, hospitalisations, rééducation, (préciser les dates)  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. (précisez)  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

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