Classe : ... . . . . . . . . . . . .

Fiche Scolaire, Périscolaire et Extrascolaire

Pont-Péan (2019-2020)

Fiche téléchargeable sur le site de la mairie de Pont Péan ([www.**pontpean**.fr](http://www.pontpean.fr))

***Identité enfant***

# *Nom* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . *Prénom(s)* . . . . . . . . . / . . . . . . . / . . . . . . . . . . *Sexe* M  F 

# *Date et lieu de naissance* . . /. . / . . . . . *à* . . . . . . . .. . . . . . . . . . . Département . .

# Adresse. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . .. . Code postal . . . . . . . . . . . Commune. . . . . . . . . .

# 

# 

# ***Identité responsables légaux***

# ***Responsable légal 1*** Autorité parentale : Oui Non

# **Nom de naissance**. . . . . . . . . . . . . . . . . .

# ***Nom d’usage*** . . . . . . . . . . . . ***Prénom*** . . . . . . . . . . . . ***Date de naissance*** . . / . . / . . . .

# Profession **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Catégorie socio- professionnelle (cf. doc ci-joint) **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Situation familiale **:** (rayer les mentions inutiles) Célibataire, marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)

# Adresse (si différente de l’enfant) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Code postal . . . . . . . . . . Commune. . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone domicile : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Téléphone portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone travail : . . . . . . . . . . . . . . . . . Courriel : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . @ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# ***Responsable légal 2*** Autorité parentale : Oui Non

# **Nom de naissance**. . . . . . . . . . . . . . . . . .

# ***Nom d’usage*** . . . . . . . . . . . . ***Prénom*** . . . . . . . . . . . . ***Date de naissance*** . . / . . / . . . .

# Profession **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Catégorie socio- professionnelle (cf. doc ci-joint) **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Situation familiale **:** (rayer les mentions inutiles) Célibataire, marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)

# Adresse (si différente de l’enfant) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Code postal . . . . . . . . . . Commune. . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone domicile : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Téléphone portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone travail : . . . . . . . . . . . . . . . . . Courriel : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . @ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***Autre responsable légal (personne physique ou morale)*** Autorité parentale : Oui Non

# Organisme **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Personne référente**:**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Fonction**:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Lien avec l’enfant **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Adresse (si différente de l’enfant) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Code postal . . . . . . . . . . Commune. . . . . . . . . . . . . . . . .

 Téléphone domicile : . . . . . . . . . . . . . . Téléphone portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone travail : . . . . . . . . . . . . . . . . . Courriel : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . @ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***Identité et coordonnées des autres personnes autorisées à venir ou à appeler en cas d’urgence***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nom et Prénom***  ***Lien de parenté*** | ***Adresse*** | ***Téléphones*** | ***Appeler en cas d’urgence*** |
|  |  |  | ***🞏*** |
|  |  |  | ***🞏*** |
|  |  |  | ***🞏*** |
|  |  |  | ***🞏*** |
|  |  |  | ***🞏*** |

# 

*Document réalisé selon les exigences de la fiche sanitaire de liaison du ministère de la jeunesse et des sports et de l’éducation nationale*

**Exemplaire 1 : Direction école**

***Identité enfant***

# *Nom* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . *Prénom(s)* . . . . . . . . . . . . . . / . . . . . . . . . . . . . / . . . . . . . . . . . . *Sexe* M  F 

# *Date et lieu de naissance* . . /. . / . . . . . *à* . . . . . . . .. . . . . . . . . . . Département . .

# Adresse . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Code postal . . . . . . . . . . . Commune. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# 

# ***Identité responsables légaux***

# ***Responsable légal 1*** Autorité parentale : Oui Non

# **Nom de naissance**. . . . . . . . . . . . . . . . . .

# ***Nom d’usage*** . . . . . . . . . . . . ***Prénom*** . . . . . . . . . . . . ***Date de naissance*** . . / . . / . . . .

# Profession **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Situation familiale **:** (rayer les mentions inutiles)

# Célibataire, marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)

# Adresse (si différente de l’enfant) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Code postal . . . . . . . . . . Commune. . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone domicile : . . . . . . . . . . . . . . Téléphone portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone travail : . . . . . . . . . . . . . . . . . Courriel : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . @ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# ***Responsable légal 2*** Autorité parentale : Oui Non

# ***Nom de naissance***. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ***Prénom*** . . . . . . . . . . . . ***Date de naissance*** . . / . . / . . . .

# ***Nom d’usage*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Profession **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Situation familiale **:** (rayer les mentions inutiles)

# Célibataire, marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)

# Adresse (si différente de l’enfant) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Code postal . . . . . . . . . . Commune. . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone domicile : . . . . . . . . . . . . . . Téléphone portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone travail : . . . . . . . . . . . . . . . . . Courriel : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . @ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# ***Autre responsable légal (personne physique ou morale)*** Autorité parentale : Oui Non

# Organisme **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Personne référente**:**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Fonction**:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Lien avec l’enfant **:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Adresse (si différente de l’enfant) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Code postal . . . . . . . . . . Commune. . . . . . . . . . . . . . . . .

 Téléphone domicile : . . . . . . . . . . . . . . Téléphone portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone travail : . . . . . . . . . . . . . . . . . Courriel : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . @ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***Identité et coordonnées des autres personnes autorisées à venir ou à appeler en cas d’urgence***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nom et Prénom***  ***Lien de parenté*** | ***Adresse*** | ***Téléphones*** | ***Appeler en cas d’urgence*** |
|  |  |  | ***🞏*** |
|  |  |  | ***🞏*** |
|  |  |  | ***🞏*** |
|  |  |  | ***🞏*** |
|  |  |  | ***🞏*** |

# 

# 

*Document réalisé selon les exigences de la fiche sanitaire de liaison du ministère de la jeunesse et des sports et de l’éducation nationale*

**Tournez la feuille S V P **

Fiche scolaire et Périscolaire

Pont-Péan (2014 - 2015)

Fiche téléchargeable sur le site de la mairie de Pont Péan ([www.**pontpean**.fr](http://www.pontpean.fr))

Fiche téléchargeable sur le site de la mairie de Pont Péan ([www.**pontpean**.fr](http://www.pontpean.fr))

Fiche téléchargeable sur le site de la mairie de Pont Péan ([www.**pontpean**.fr](http://www.pontpean.fr))

Fiche téléchargeable sur le site de la mairie de Pont Péan ([www.**pontpean**.fr](http://www.pontpean.fr))

# ***Frères et sœurs***

# ***Nom, prénom, date de naissance, des frères et sœurs Scolarisé(e) à Pont Péan Si oui, classe fréquentée***

# 

#  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . / . . / . . . . . Oui Non . . . . . .

#  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . / . . / . . . . . Oui Non . . . . . .

#  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . / . . / . . . . . Oui Non . . . . . .

# ***N° d’allocataire C A F d’Ille et vilaine*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# (ou *organisme de rattachement MSA, etc….)*

# ***Assurance de l’enfant :*** Responsabilité civile et individuelle accident (obligatoire)

# Nom et adresse de la compagnie d’assurance : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Adresse . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Code Postal . . . . . . . . . . . . . . Ville : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# Numéro de police d’assurance : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

# 

**Autorisation spéciale (cf.note d’information ci-jointe)**

**Distribution de comprimés d’iodure de potassium aux élèves internes et demi-pensionnaires des établissements scolaires d’Ille et Vilaine**

Je soussigné (e) M \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Responsable légal de l’enfant : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Niveau de classe : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Autorise / n’autorise pas (Rayer la mention inutile)

Le chef d’établissement ou son représentant à donner des comprimés d’iodure de potassium à notre enfant **à la suite d’un déclenchement du dispositif « ORSEC-IODE » par le préfet d’Ille et Vilaine.**

Cette attestation sera conservée dans le dossier de mon enfant et renouvelée chaque année.

Fait à \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Le \_ \_ / \_ \_/ \_ \_ \_ \_

Signature :

**Tournez la feuille S V P **

# ***Renseignements médicaux***

**Vaccins obligatoires:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **oui** | **non** | **Date des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole, Oreillons, Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou DT polio |  |  |  | BCG |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser) |  |

**Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

**Groupe sanguin: (si vous le connaissez) . . . . . Poids : . . . . Taille : . . .**

**Médecin traitant:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Téléphone *:* . . . . . . . . . . . .

**Hôpital souhaité:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**L’enfant suit-il un traitement médical ? OuiNon **

**Si oui prendre contact avec le directeur d’école et le directeur du périscolaire**

***Aucun médicament ne pourra être donné en dehors d’un protocole rédigé avec les directeurs.***

**Allergies**

Asthme Oui Non  Alimentaire Oui Non 

Médicamenteuse Oui Non  Autres : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Pour toutes allergies alimentaires, aucun repas de substitution ne sera fourni par la cuisine centrale sans nous avoir remis un certificat médical ou PAI.**

**Précisez si nécessaire la cause de l’allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir**

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

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

**L’enfant a-t-il eu des difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **En précisant si nécessaire les dates et les précautions à prendre.**

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

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

**Recommandations utiles des parents aux directeurs,** (l’enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, prothèses dentaires etc …) précisez.

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

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

Nous soussignés \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_responsables légaux de l’enfant certifions

avoir pris connaissance des différents règlements intérieurs (école, restaurant scolaire, périscolaire, accueil de loisirs) de la commune de Pont Péan.

Nous déclarons en outre exacts  tous les renseignements portés sur cette fiche.

**Autorisation de sortie journalière (pour les élémentaires)**

* Nous autorisons notre enfant à sortir seul  à 12h (lundi, mardi, jeudi et vendredi midi) Oui Non 
* Nous autorisons notre enfant à  sortir seul à 12h15 (mercredi midi) Oui Non 
* Nous autorisons notre enfant à  sortir seul  à 16h30  Oui Non 

**Autorisation de sortie exceptionnelle**

* Nous autorisons notre enfant à participer aux sorties et activités qui seront organisées par les différentes équipes pédagogiques Oui  Non
* Nous autorisons notre enfant à  prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des sorties organisées par les équipes pédagogiques Oui  Non 

**Autorisation CAF**

* J’autorise l’agent municipal de la Mairie de Pont-Péan chargé de la facturation à consulter mon compte C.A.F afin d’accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul du quotient familial Oui  Non 

**Autorisation d’utilisation de l’image, de la voix et des travaux d’un élève mineur**

* Autorisation de captation :

Dans le cadre des différents travaux nous pouvons être amenés à utiliser l’image, la voix ou les travaux de votre enfant.

Nous autorisons les équipes pédagogiques à :

* Photographier mon enfant Oui  Non 
* Faire un enregistrement sonore Oui  Non 
* Filmer (image et son) Oui  Non 
* Autorisation de diffusion :

J’autorise les équipes pédagogiques (scolaire, périscolaire et extrascolaire) à utiliser la photo, l’enregistrement sonore, un film de mon enfant dans un cadre pédagogique et de communication pour les situations suivantes :

* Pour les publications de classe Oui  Non 
* Pour le site internet de l’école, de la commune et de l’APE Oui  Non 
* Pour une clé USB ou CD-Rom destiné aux parents Oui  Non 
* Pour les publications suivantes : bulletin municipal, presse localeOui  Non 
* Pour les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage Oui  Non 

**Santé et situation d’urgence**

J’autorise  le directeur (scolaire, périscolaire ou extrascolaire) de la structure à prendre, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant (Dans les cas d’urgences où les responsables légaux ne sont pas joignables). Sans signature de votre part les directeurs seront tenus d’appliquer les dispositions de la loi relative à l’assistance à personnes en danger.

Je m’engage à vous signaler tous changements (coordonnées, situation familiale…) modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Fait à . . . . . . . . . . . . . . Le ..  / . .  /  . . . .

Mention «lu et approuvé» :

Signature des responsables légaux :

Vous disposez d’un droit d’accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Pour l’exercer merci de contacter les directions de l’école, du périscolaire ou de l’extrascolaire.

# 

# ***Renseignements médicaux***

**Vaccins obligatoires:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **oui** | **non** | **Date des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole, Oreillons, Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou DT polio |  |  |  | BCG |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser) |  |

**Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

**Groupe sanguin: (si vous le connaissez) . . . . . . Poids : . . . . . . Taille : . . . . . .**

**Médecin traitant:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Téléphone *:* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Hôpital souhaité:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**L’enfant suit-il un traitement médical ? OuiNon **

**Si oui prendre contact avec le directeur d’école et le directeur du périscolaire**

***Aucun médicament ne pourra être donné en dehors d’un protocole rédigé avec les directeurs.***

**Allergies**

Asthme Oui Non  Alimentaire Oui Non 

Médicamenteuse Oui Non  Autres : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Nota : Pour toutes allergies alimentaires, aucun repas de substitution ne sera fourni par la cuisine centrale sans nous avoir remis un certificat médical ou PAI.**

**Précisez si nécessaire la cause de l’allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir**

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

**L’enfant a-t-il eu des difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **En précisant si nécessaire les dates et les précautions à prendre.**

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

**Recommandations utiles des parents aux directeurs,** (l’enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, prothèses dentaires etc …) précisez.

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



**Tournez la feuille S V P **

**Tournez la feuille S V P **

**Tournez la feuille S V P **



# 

# ***Renseignements médicaux***

**Vaccins obligatoires:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **oui** | **non** | **Date des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole, Oreillons, Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou DT polio |  |  |  | BCG |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser) |  |

**Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

**Groupe sanguin: (si vous le connaissez) . . . . . . Poids : . . . . . . Taille : . . . . . .**

**Médecin traitant:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Téléphone *:* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Hôpital souhaité:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**L’enfant suit-il un traitement médical ? OuiNon **

**Si oui prendre contact avec le directeur d’école et le directeur du périscolaire**

***Aucun médicament ne pourra être donné en dehors d’un protocole rédigé avec les directeurs.***

**Allergies**

Asthme Oui Non  Alimentaire Oui Non 

Médicamenteuse Oui Non  Autres : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Nota : Pour toutes allergies alimentaires, aucun repas de substitution ne sera fourni par la cuisine centrale sans nous avoir remis un certificat médical ou PAI.**

**Précisez si nécessaire la cause de l’allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir**

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

**L’enfant a-t-il eu des difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **En précisant si nécessaire les dates et les précautions à prendre.**

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

**Recommandations utiles des parents aux directeurs,** (l’enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, prothèses dentaires etc …) précisez.

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

