

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Age : ..... Classe rentrée septembre 2026 : .....

Sexe :  Garçon  Fille

ECOLE FREQUENTEE :  Publique Guy Bernardeau Argenton  Privée Notre Dame Argenton  Publique Marcel Pagnol Bouillé

VOS BESOINS (à cocher) :  RESTAURATION SCOLAIRE  GARDERIE PERISCOLAIRE  ACCUEIL DE LOISIRS Mercredis / Vacances

Nom et prénom Parent 1 : ..... ☎ Portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom et prénom Parent 2 : ..... ☎ Portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail pour recevoir les informations nécessaires au service (cantine/garderie/accueil de loisirs) : .....@.....

MEDECIN TRAITANT (Nom et Ville) ..... ☎ ..... / ..... / ..... / .....

**FICHE MEDICALE :**

**Fournir la photocopie des vaccins obligatoires du carnet de santé comprenant nom/prénom et signature du médecin**

*(en cas d'absence de vaccins, veuillez svp fournir un certificat médical de non contre-indication)*

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** à l'année? Oui  Non  Lequel.....

*En cas de prise du traitement pendant les heures de présence à l'accueil, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).*

*Tout traitement non quotidien doit être évité sur les temps périscolaires car les agents ne sont pas habilités à donner des médicaments (doliprane, amoxicilline, etc.)*

**Votre enfant dispose-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé)** Oui  Non

*Si oui, le PAI doit nous être fourni dans une trousse individuelle à son nom prénom avec conduites à tenir / ordonnance et toutes informations nécessaires à l'administration des médicaments en cas d'urgence.*

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES**

RUBEOLE*		VARICELLE*		ANGINE*		RHUMATISME* AIGÛ		SCARLATINE*	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE*		OTITE*		ROUGEOLE*		OREILLONS*			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

**ALLERGIES**

Asthme Oui  Non  Fréquence crises : .....

Maquillage Oui  Non

Alimentaires Oui  Non  Préciser.....

Médicamenteuses Oui  Non  Préciser.....

Autres Oui  Non  Préciser.....

Indiquez **les problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc...), les **contre-indications** ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler (ex : doit porter ses lunettes), en précisant les dates et **les précautions à prendre où conduites à tenir** :

.....

.....



### **AUTORISATIONS**

Je soussigné, Mme/Mr ..... responsable légal de l'enfant ..... autorise les responsables de l'accueil de loisirs, de la garderie périscolaire et de la cantine, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical (hospitalisation, traitement médical ou intervention chirurgicale).

**TRANSPORT CAR (si présences lors de sorties en accueil de loisirs) :**

J'accepte que mon enfant soit transporté en transport collectif (car)                      Oui  Non

**Autorisations de départ seul :**

Mon enfant peut partir seul de l'alsh/garderie/taps                      Oui  Non

### **NUMEROS URGENCE / PERSONNES AUTORISEES à reprendre l'enfant**

Mon enfant peut partir avec les personnes suivantes autorisées et lien familiaux (frère/sœur/voisin/amie/oncle/tante/grands parents) (Noms- Prénoms / N° téléphone) : ces personnes seront susceptibles d'être appelé en cas de parent non joignables pour venir récupérer les enfants sur les différents temps périscolaires et accueil de loisirs : la carte d'identité peut être demandé si non habitué à reprendre l'enfant sur les temps (garderie/centre de loisirs).

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS : .....

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS : .....

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS : .....

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS : .....

**Signature parents / responsable légal :**