

FICHE UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019

(1 par enfant)

Valable pour l'ensemble des activités périscolaires (restauration scolaire, étude, mercredis, vacances, accueil du matin et du soir, transport rue des Pâtis). Cette fiche **est obligatoire** pour la fréquentation des activités périscolaires.

À remettre en mairie avec la copie des vaccinations.

ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance : Fille Garçon
École fréquentée : Classe :

PÈRE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tél. domicile :
Tél. portable :
Employeur :
Tél. professionnel :

MÈRE

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

AUTRES PERSONNES

à contacter en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Tél. :

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant, dans le cadre des activités périscolaires, à :

* utiliser, si besoin, le transport en car ou en mini-bus de la ville oui non

* partir seul : oui (précisez l'heure)..... non

* être photographié ou filmé par la municipalité pour illustrer divers supports d'information tels que les publications municipales, site internet de la ville et les réseaux sociaux officiels de la ville. oui non

Police d'assurance extra scolaire ou responsabilité civile obligatoire

Nom de la compagnie :
Adresse :
N° de police :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités périscolaires.
Je suis informé que mon enfant n'est plus sous la responsabilité de l'enseignant après l'étude.

À Osny, le Signature des parents

Suite au verso

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Joindre la copie des vaccinations à jour.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Angine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Autres :	

Allergies :

Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Autres :	

Un Plan d'Accueil Individualisé (P.A.I) a-t-il été mis en place ? oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....
.....

DIFFICULTÉ DE SANTÉ

Maladies, traitements médicaux, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation, alimentation en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Nom du médecin traitant : Téléphone :

ATTESTATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

À Osny, le Signature obligatoire

Cette fiche est à remettre à l'accueil de la Mairie. Toute fiche incomplète ne sera pas prise en compte. N'oubliez pas de remplir les fiches mensuelles de réservation/ d'activités (téléchargeables sur osny.fr).

Visa du service de l'Éducation