



Fiche Enfant Individuelle

Elle doit être renouvelée chaque année.

Cocher les services susceptibles d'être fréquentés par l'enfant :

- Accueil de Loisirs
- Accueils périscolaires pour les élèves des écoles publiques de Blain
- Restaurant scolaire pour les élèves des écoles publiques de Blain

RESPONSABLE DU DOSSIER FAMILLE

Nom.....Prénom (s).....

Téléphone :.....Mail :.....

ENFANT

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

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

Né(e) le :.....à Sexe : Garçon Fille.

L'enfant est domicilié(e) : chez les parents ; chez la mère ; chez le père ; autre:

SCOLARITE

Etablissement scolaire :.....

Niveau scolaire :.....

AUTORISATIONS

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence (une pièce d'identité pourra être demandée).

| Nom - Prénom | Téléphone | Lien de parenté |
|--------------|-----------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

INTERDICTION DE RECUPERER L'ENFANT

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

AUTORISATIONS

- Droit à l'image

Autorise (conformément au droit à l'image) à ce que tous supports visuels (photos, vidéo) où mon enfant apparaît, puissent être utilisés sans contrepartie financière dans le cadre de la communication de la ville.

- Oui
- Non

- Mesures médicales

Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- Oui
- Non

- Sortie

Autorise mon enfant à quitter l'accueil seul aux heures de sortie en fonction de sa réservation.

- Oui
- Non



| DOSSIER MEDICAL | | | | |
|--|---|-----|-----|------------------------|
| N° de sécurité sociale (où est rattaché l'enfant) : | | | | |
| Médecin traitant : | Vaccination (ne pas mettre la photocopie) | | | |
| Téléphone médecin : | | | | |
| Traitement médical en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (<i>boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice</i>). | | Oui | Non | Date du dernier rappel |
| | DT Polio* | | | |
| | Hépatite B | | | |
| | ROR | | | |
| | Coqueluche | | | |
| | BCG | | | |
| <u>Maladies</u> : <i>Cocher les maladies que l'enfant a déjà eu</i> : | Autres (préciser | | | |
| <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Varicelle | Ou Tétracoq | | | |
| <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Coqueluche | *OBLIGATOIRE | | | |
| <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rougeole | Allergie : | | | |
| <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Alimentaires : | | | |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Médicamenteuses : | | | |
| | <input type="checkbox"/> Asthme : | | | |
| | Projet d'Accueil Individuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non signé le..... | | | |
| | Si oui , joindre la photocopie. | | | |
| | Régime alimentaire : | | | |
| Difficultés de santé : | Recommandations utiles des parents : | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Les services du pôle enfance sont déclarés en accueil collectif de mineurs auprès des services de la Direction de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations de la Loire-Atlantique. La réglementation impose aux organisateurs un taux d'encadrement et un niveau de qualification qui garantissent la qualité de l'accueil de vos enfants.

La réservation du service est donc OBLIGATOIRE pour permettre aux responsables des sites d'organiser réglementairement l'accueil de votre enfant.

Je certifie sur l'honneur :

- que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts,
- avoir souscrit une assurance pour les activités périscolaires et extrascolaires :
Numéro de sociétaire.....Nom de l'assurance.....

Fait le:

Signature :