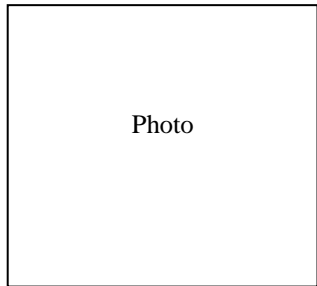




TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

Fiche de renseignements Année scolaire 2017-2018



Cette fiche est à remplir obligatoirement par le(s) responsables légal (aux) de l'enfant avant toute participation au T.A.P. et à ramener en Mairie. Les attestations d'assurances devront être jointes au plus tard fin septembre.

Renseignements concernant l'enfant

Nom et Prénom : Sexe : M () F ()
 Date et lieu de naissance :
 Ecole : Classe :

Informations médicales

Médecin traitant (nom, prénom, adresse, téléphone) :
 Observations particulières (traitement médical, régimes alimentaires, allergies...) :

 Groupe sanguin :

Avez-vous signé (e) un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sur le temps scolaire Oui Non
 Si un traitement médical doit survenir en cours d'année, merci de le signaler au coordinateur des TAP.
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou Dt polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
 Attention : Le vaccin Anti-Tétanique ne présente aucune contre-indication.

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"/>	

L'enfant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses Oui non

Alimentaires Oui non Autres Oui non

Renseignements concernant les responsables légaux de l'enfant

Situation familiale Célibataire Mariés Séparés Divorcés Vie maritale PACS

1- Nom et prénom (Père) :
Adresse :
Téléphone fixe : / Téléphone portable :
Email :
Profession : Téléphone professionnel

2- Nom et prénom (Mère) :
Adresse :
Téléphone fixe : / Téléphone portable :
Email :
Profession : Téléphone professionnel

Personnes à prévenir en cas d'urgence (si les parents pas joignable) :

Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :
Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :
Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :
Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :
Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :

Renseignements sur délégation autorisation parentale

Votre enfant est mis en famille d'accueil Oui Non si oui merci de bien vouloir remplir les renseignements suivants.

Nom et Prénom de la personne responsable (famille d'accueil) :
Adresse :
Téléphone fixe : / Téléphone portable :

Autorisation de prise de vue/transports

Je soussigné (e) responsable légal(e) autorise mon enfant :
à être photographié par l'équipe pédagogique dans le cadre des T.A.P. Oui Non
à diffuser sa photo sur le site de la Mairie, article de presse, plaquettes d'informations, etc... Oui Non
à effectuer des trajets en bus dans le cadre des activités ... Oui Non
à effectuer des trajets en minibus conduit par le personnel Mairie ou intervenants extérieurs Oui Non

Autorisation de sortie

1- Mon enfant peut rentrer seul chez lui :

Je soussigné (e) responsable légal(e) autorise mon enfant à partir seul après le T.A.P.

2- Mon enfant ne peut pas rentrer seul chez lui :

Liste des personnes autorisées à venir le récupérer après les T.A.P. (en dehors des responsables légaux)

Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :
Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :
Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :
Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :
Nom, Prénom, Téléphone (s), Lien de parenté :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie locale et générale, intervention chirurgicale, faire intervenir le médecin traitant ou celui rattaché, faire appel aux services d'urgence) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Je m'engage également à informer le responsable de la structure si les informations doivent être modifiées.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et accepter les termes.

Fait à Lesneven, le

Signature du représentant(e) légal(e) (précédée de la mention " lu et approuvé")