FICHE DE RENSEIGNEMENTS (une par enfant)

Renseignements parents :

❑ Séparés (fournir attestation de prise en charge)

❑Monsieur ❑ Madame

Nom :.....
Prénom :.....
Téléphone :.....
Email :.....
Adresse : .....
.....
.....

❑Monsieur ❑ Madame

Nom :.....
Prénom :.....
Téléphone :.....
Email : .....
Adresse : .....
.....
.....

Personne à contacter en cas d'urgence

❑Monsieur ❑ Madame
Nom :.....
Prénom :.....
Téléphone :.....
Adresse .....
.....

Médecin traitant

Nom :.....
Téléphone :.....

Renseignements enfant :

Nom :.....
Prénom :.....
Classe :.....
Adresse : .....
.....

<u>Autorisation photos :</u>
❑ J'autorise l'accueil périscolaire à photographier mon enfant. .....
Celles-ci pourront être utilisées et diffusées dans le cadre d'animations ou de publications relatives à l'accueil.
❑Je n'autorise pas l'accueil périscolaire à photographier mon enfant.

Fait à Villandry, le .....
Signature du responsable

Accueil périscolaire de Villandry
6 rue de Munat
☏ : 02.47.50.13.36 ou 02.47.50.02.08 ✉ : accueil@villandry.fr

FICHE SANITAIRE *(une par enfant)*

Nom et Prénom de l'enfant : .....
Nom et Prénom du Responsable de l'enfant : .....
Adresse : .....
.....

VACCINATIONS (***fournir une photocopie du carnet de santé – pages vaccination***).

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				B C G	
pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.
Coordonnées du ou des médecin(s) à prévenir :
.....

À titre d'information, si l'enfant suit un traitement régulier, merci de nous préciser lequel. Ceci peut être utile en cas d'intervention d'un médecin ou des pompiers.
.....

HOSPITALISATION
Lieu où l'enfant doit être hospitalisé :
.....
.....
Si cette zone n'est pas renseignée, l'enfant sera hospitalisé sur le lieu préconisé par le médecin l'ayant vu.

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTES DE SANTÉ – RECOMMANDATIONS DES PARENTS (port de lunettes, allergies…)
.....
.....
.....

Je soussigné(e), ..., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche et autorise, le cas échéant, l'Accueil périscolaire de Villandry à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. La mairie est déchargée de toute responsabilité si la présente fiche n'est pas correctement renseignée par le responsable de l'enfant.

Fait à Villandry, le .....
Signature du responsable

Accueil périscolaire de Villandry
6 rue de Munat
☏ : 02.47.50.13.36 ou 02.47.50.02.08 ✉ : accueil@villandry.fr