

2018/2019

Cadre réservé à l'administration

Dossier déposé le :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Ecole fréquentée : Maternelle Elémentaire Collège **Classe (niveau) :**

Adresse :

Nom et prénom du responsable 1 : Tél. :

Nom et prénom du responsable 2 : Tél. :

Nom et téléphone du médecin traitant

.....

Vaccinations obligatoires (se référer aux pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou en faire la copie)

	Date		Date
D.T.P. :	/	/	ou { Antidiphtérique :
			Antitétanique :
			Antipoliomyélitique :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Info : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Vaccinations recommandées (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Hépatite	/	/
Rougeole Oreillons Rubéole	/	/
Coqueluche	/	/
BCG	/	/

Maladies contagieuses et épidémiques

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Méningite |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Typhoïde et paratyphoïde | | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Autres maladies |

Allergies

- | | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Alimentaires | <input type="checkbox"/> Autres |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si l'enfant est atteint de troubles de santé importants, ceux-ci seront pris en compte dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé) :

.....
.....

Contre-indications

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc
Précisez :

.....

Assurance de l'enfant (obligatoire)

Pour toute participation aux activités municipales proposées par les services organisateurs rattachés au DUI, l'enfant doit être couvert par une assurance scolaire et extra-scolaire en cours de validité (joindre l'attestation)

Compagnie : N° police assurance : Fin de validité:

Personnes autorisées à prendre l'enfant en charge et/ou à prévenir en cas d'urgence autres que le(s) responsable(s) mentionné(s) sur la fiche Information Famille.

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables et devront présenter une pièce d'identité

Nom, Prénom :	☎ :
En qualité de :	
Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>

Nom, Prénom :	☎ :
En qualité de :	
Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>

Nom, Prénom :	☎ :
En qualité de :	
Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>

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

Date :

Signature

Les informations portées sur ce document sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné au logiciel de gestion de services pour l'enfance "e. enfance" et au portail famille. Le destinataire des données est la mairie d'ARES. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la mairie d'ARES 05.56.03.93.03. contact@ville-ares.fr