



FICHE SANITAIRE 2017 – 2018

(A remplir obligatoirement avant fréquentation, pour chaque enfant)

ACCUEILS PERISCOLAIRES MUNICIPAUX Accueils du matin, du soir, restauration scolaire et Temps d'activités Périscolaires (TAP)

Enfant à inscrire :

Ecole fréquentée :
(à remplir obligatoirement)

Nom : Prénom : Sexe

F M

Date de naissance

Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

	PÈRE	MÈRE	AUTRES PERSONNES autorisées à récupérer l'enfant
Nom :	1 – NOM, prénom :
Prénom :	N° de Tél. :/...../...../...../...../
Adresse complète :	Lien avec l'enfant :
	2 – NOM, prénom :
N° de tél. domicile :	N° de Tél. :/...../...../...../...../
N° de tél. travail :	Lien avec l'enfant :
N° de tél. portable :	3 – NOM, prénom :
Adresse mail :	N° de Tél. :/...../...../...../...../
	Lien avec l'enfant :
	4 – NOM, prénom :
	N° de Tél. :/...../...../...../...../
	Lien avec l'enfant :

Renseignements sanitaires obligatoires (se référer au carnet de santé de l'enfant)

DT POLIO (Date du dernier rappel) :

ALLERGIES : ⇒ Alimentaire (*) : OUI NON Précisez :

(*) **IMPORTANT :** Pour nous permettre d'adapter le repas de votre enfant à son allergie, vous devez prendre contact avec Marie-Laure FAISANT du service de restauration scolaire Tél.02.99.06.03.97. Un certificat médical devra impérativement être fourni.

⇒ Médicamenteuse ou autres : OUI NON Précisez :

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical :

(Diabète, hémophilie, asthme, handicap etc...) OUI NON Précisez :

Autorisations diverses

1 – Autorisation à quitter l'école :

- J'autorise mon enfant à quitter seul les TAP ou la garderie (valable uniquement pour les élèves d'élémentaire).

OUI NON

2 - Droit à l'image :

- J'autorise la commune de Breteil à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou vidéo exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités périscolaires.

OUI NON

Je, soussigné (Nom et Prénom) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les services de la maire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à le transporter dans un véhicule.

Date : Signature obligatoire :