

**FICHE SANITAIRE**

A rendre au plus tard le 31 juillet 2022

**ANNÉE 2022-2023**

ACCUEILS PÉRISCOLAIRES ET EXTRA-SCOLAIRES

**ENFANT**

NOM : Prénom :

Date de naissance : Fille  Garçon

Ecole : Niveau en 2022/2023 :

**REPRÉSENTANT(S) DE L’ENFANT**

REPRÉSENTANT LÉGAL 1 : Payeur factures  \* choisir un seul payeur pour le foyer

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Tél bureau : Mail :

REPRÉSENTANT LÉGAL 2 : Payeur factures  \* choisir un seul payeur pour le foyer

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Tél bureau : Mail :

Nom et adresse de l’assurance :

N° de police d’assurance ou attestation 2022/2023 :

N° d’allocataire CAF :

Adhésion facture compte en ligne :  Oui \*  Non

*\*Les factures ne sont pas envoyées par courrier mais disponibles en ligne uniquement. Un mail d’information est envoyé à chaque nouvelle facture.*

**PERSONNES DE CONFIANCE AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L’ENFANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM et Prénom | N° de téléphone | Lien avec l’enfant |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AUTORISATIONS**

Autorisez-vous :

* Votre enfant à sortir seul des accueils périscolaires et extrascolaires (uniquement pour les enfants âgés de 8 ans et plus). Oui  Non
* La Commune, dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires, à photographier, filmer et utiliser gracieusement l’image de votre enfant dans les supports de communication municipaux (journal municipal, site internet, réseaux sociaux …) Oui  Non

**RESTAURATION**

* Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?

Non  Sans porc  Sans viande  Panier repas (PAI)

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Médecin traitant : NOM et Prénom : Tél :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS** | | | | | | |
| **Obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Recommandées** | **Oui** | **Non** | En l’absence de vaccins obligatoires, cochez la case ci-après  Je reconnais que mon enfant n’a pas reçu les vaccins obligatoires et je déclare posséder un certificat médical de contre-indication |
| Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite |  |  | Haemophilus Influenzae de type b |  |  |
| Coqueluche |  |  | Hépatite B |  |  |
| Pneumocoque |  |  | Méningocoque C |  |  |
| Rougeole – Oreillons - Rubéole |  |  | BCG |  |  |
| **MALADIES INFANTILES déjà contractées par l’enfant** | | | | | | |
|  | **Oui** | **Non** |  | **Oui** | **Non** | **Autres maladies infantiles :** |
| Rubéole |  |  | Oreillons |  |  |  |
| Varicelle |  |  | Coqueluche |  |  |
| Rougeole |  |  | Scarlatine |  |  |
| **ALLERGIES** | | | | | | |
|  | **Oui** | **Non** | **Si oui, précisez :** | | | |
| Asthmes – respiratoires |  |  |  | | | |
| Alimentaires |  |  |  | | | |
| Médicamenteuses |  |  |  | | | |
| Autres allergies |  |  |  | | | |
| **APPAREILLAGES** | | | | | | |
|  | **Oui** | **Non** |  | **Oui** | **Non** | **Autres appareillages :** |
| Lunettes |  |  | Prothèses auditives |  |  |  |
| Lentilles de contact |  |  | Prothèses dentaires |  |  |
| **PROTOCOLE D’ACCUEIL INDIVIDUALISÉ** | | | | | | |
|  | | | | **Oui** | **Non** | **Si oui, précisez :** |
| Protocole d’accueil individualisé PAI | | | |  |  |  |

Autres recommandations utiles nécessitant une surveillance particulière de votre enfant :

Attention : aucun médicament ne sera administré à votre enfant en dehors d’un PAI.

Les représentants légaux certifient l’exactitude des renseignements donnés dans cette fiche.

Ils autorisent les responsables des sites à accéder à ces informations.

**Toute participation à un accueil périscolaire ou extrascolaire vaut acceptation du règlement.**

Date : Signature(s) Représentant(s) :



A fournir au guichet unique au plus tard le 15 septembre 2022:

- Avis d’imposition 2022 sur les revenus 2021 indispensable au calcul du quotient familial selon les ressources.   
- Attestation de paiement de la CAF si allocataire

Renseignements : 01 30 98 89 15 ou 01 30 98 89 28 – guichet-unique@ville-gargenville.fr