

INFORMATIONS ENFANT :

-Nom : -Prénom :

-Date de naissance : -Sexe : F M

-Adresse :

-Responsabilité Civile Périscolaire et/ou Extra-scolaire ci-dessous **obligatoire** pour l'année 2024-2025 :

→ **Pour rappel, si vous ne changez pas d'assurance, le N° contrat/sociétaire ne change pas**

Compagnie : N° de contrat/sociétaire :

-N° de Sécurité Sociale ou CMU/MSA, auquel l'enfant est rattaché :

-L'enfant est-il en garde alternée ? Non Oui

→ **Si Oui**, merci de nous préciser les modalités (planning, facturation,...) ci-dessous :

RENSEIGNEMENTS REPRESENTANT LEGAL 1 : Monsieur Madame

Autorité parentale : Oui Non

Nom : Prénom :

Adresse :

N° tel fixe : N° tel portable : N° tel pro :

Adresse mail :

Profession :

Employeur (Nom et adresse) :

RENSEIGNEMENTS REPRESENTANT LEGAL 2 : Monsieur Madame

Autorité parentale : Oui Non

Nom : Prénom :

Adresse :

N° tel fixe : N° tel portable : N° tel pro :

Adresse mail :

Profession :

Employeur (Nom et adresse) :

INFORMATIONS SANTE DE L'ENFANT :

	NON	OUI	Si oui, merci de préciser ...
L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (asthme, traitement médical, diabète, opération, handicap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
L'enfant a-t-il des intolérances ? (alimentaire, médicamenteuse, piqûre d'insectes ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
L'enfant a-t-il des allergies ? (alimentaire, médicamenteuse, piqûre d'insectes ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
L'enfant a-t-il un PAI ? **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**** PAI : Projet d'Accueil Individualisé :** si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicament ou qu'il a besoin de traitement particulier sur les temps périscolaires, il est nécessaire d'élaborer un PAI et de nous l'apporter

**** Avant le 05/07/2024, prendre contact :**

- Avec le service Scolaire/Périscolaire - EFI au **04 77 55 70 99** en cas d'allergie non alimentaire (asthme, épilepsie...)
- Avec le Restaurant Municipal au **04 77 36 40 71** en cas d'allergie alimentaire

→ Et fournir le PAI / ou la mise à jour (ordonnance et une trousse) pour l'année scolaire 2024-2025.

	NON	OUI
L'enfant est-il à jour de ses vaccins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant porte-t-il des prothèses auditives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, , responsable l'égal de l'enfant, autorise l'équipe de direction à pratiquer les soins nécessaires ainsi qu'à faire pratiquer les actes médicaux et chirurgicaux jugés indispensables par le corps médical, à l'hôpital le plus proche.

Selon l'article R4127-42 du code de la santé publique, « en cas d'urgence, même si ses représentants légaux ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. »

Date :

Signature :

*RGPD : Se référer aux informations notifiées sur le portail famille EFI