

## FICHE SANITAIRE ANNÉE SCOLAIRE 2019/2020

NOM de l'enfant : ..... PRÉNOM : ..... Né(e) le : .....  
(en lettres majuscules) (en lettres majuscules) (en lettres majuscules)

✉ Adresse : .....

@ Courriel : ..... École : ..... Classe : .....

Centre de loisirs : .....

Représentant 1 : NOM : ..... PRÉNOM : ..... Profession : .....

☎ Tél. domicile : ..... ☎ Tél. travail : ..... 📱 Tél. portable : .....

Représentant 2 : NOM : ..... PRÉNOM : ..... Profession : .....

☎ Tél. domicile : ..... ☎ Tél. travail : ..... 📱 Tél. portable : .....

MARIÉS  DIVORCÉS  SÉPARÉS  VEUF(VE)  CÉLIBATAIRE  VIE MARITALE  PACS

Si séparation des parents, préciser si garde alternée :  OUI  NON

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**OBLIGATOIRE :** date de rappel vaccin DT Polio + la photocopie de la page des vaccins de votre carnet de santé : .....  
(contre la diphtérie, Tétanos et Poliomyélite)

### Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Maladie :  OUI  NON Préciser : .....

Prise de médicaments :  OUI  NON Préciser : .....

### Votre enfant a-t-il des allergies ?

Aliments :  OUI  NON Préciser : .....

Autres :  OUI  NON Préciser : .....

Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un P.A.I. car il a un problème de santé à prendre en charge en temps scolaire et périscolaire (**problème de santé à signaler au Directeur d'école lors de l'admission de l'enfant**).

**Renseignements complémentaires concernant l'état de santé de l'enfant (interventions chirurgicales, autre) :** .....

🍴 Restauration scolaire, demande d'un menu spécifique :  menu sans viande  menu sans porc  P.A.I.

N° de Sécurité Sociale de la Personne couvrant l'enfant :  /

Assurance scolaire (coordonnées assurance, n° d'adhérent...) : .....

### Personne(s) majeures ou mineures (munie(s) d'une pièce d'identité) autorisée(s) à venir chercher l'enfant, autres que les parents :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté éventuel : ..... ☎ Tél. domicile : ..... 📱 Tél. portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté éventuel : ..... ☎ Tél. domicile : ..... 📱 Tél. portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté éventuel : ..... ☎ Tél. domicile : ..... 📱 Tél. portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté éventuel : ..... ☎ Tél. domicile : ..... 📱 Tél. portable : .....

ATTENTION : je décharge la collectivité de toute responsabilité après remise de mon enfant à l'une des personnes majeures ou mineures ci-dessus.

### RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e) ..... (NOM, Prénom), **responsable légal de l'enfant**, certifie exacts les renseignements portés sur le présent document et sur le dossier d'inscription. J'atteste, dans le cas de parents séparés ou divorcés, que le père ou la mère de l'enfant est informé(e) de ces données. Je déclare accepter le règlement intérieur des prestations municipales (restauration scolaire, accueil, centre de loisirs, ramassage scolaire).

J'autorise la Municipalité :

- \* à solliciter la CAF pour qu'elle transmette à l'administration mon Quotient familial : non  oui
- \* à prendre toute mesure d'urgence en cas d'accident de mon enfant : non  oui
- \* à m'envoyer des alertes SMS pour toute information relative au fonctionnement du service : non  oui
- \* à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et utiliser ces supports : non  oui

MÉRIGNAC, le ..... SIGNATURE :