

Fiche unique de Renseignements et Sanitaire 2017/2018
École – périscolaire – extrascolaire
1 fiche par enfant

Cette Fiche Unique vous permet de communiquer en une seule fois les informations relatives à votre situation familiale.
Ce document est à remettre au service Jeunesse du Pôle Territorial de la Vallée de la Suippe à Bazancourt (19 rue Gustave Haguenin - 51110 BAZANCOURT).

Cette fiche est OBLIGATOIRE pour toute inscription à l'école et dans les services périscolaires et extrascolaires.
Elle est valable du samedi 8 juillet 2017 au samedi 7 juillet 2018.

L'enfant		
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :	Sexe :	
Nom de l'école :	Niveau de classe 2017/2018 :	
Représentant légal 1 (ou assistant familial ou tuteur légal) [RL1]		
Nom d'usage :		
Nom de naissance :	Autorité parentale :	
Prénom :	Qualité (père, mère...) :	
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Courriel :		
N° sécurité sociale :	Employeur :	
Représentant légal 2 (ou assistant familial ou tuteur légal) [RL2]		
Nom d'usage :		
Nom de naissance :	Autorité parentale :	
Prénom :	Qualité (père, mère...) :	
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Courriel :		
N° sécurité sociale :	Employeur :	

En cas de séparation, merci de nous fournir la copie du jugement.

Assurance de l'enfant (fournir le justificatif)	
Responsabilité civile : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Individuelle Accident : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Compagnie d'assurance : _____	Numéro de police d'assurance : _____
Adresse de la compagnie d'assurance : _____	

Les autres enfants de la famille		
Nom – Prénom	Date de naissance	Sexe
		G F
		G F
		G F
		G F

En plus des responsables légaux, personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à reprendre l'enfant en maternelle et périscolaire.

La personne habilitée doit être âgée de plus de 12 ans.

Si la personne est mineure, il faut une autorisation écrite de la famille.

Les enfants d'élémentaire sont autorisés à repartir seuls après le temps scolaire.



Une pièce d'identité peut être demandée.

Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

**Départ de votre enfant du périscolaire et de l'extrascolaire
(l'enfant doit avoir 8 ans révolus)**

Si vous souhaitez que votre enfant reparte seul des activités périscolaires et extrascolaires, cochez cette case :

Régime d'allocation

CAF / MSA / AUTRE :

Numéro d'allocataire :

Rattaché(e) à :

Facturation des services périscolaires et extrascolaires

Les factures doivent être adressées à : Représentant légal 1 (RL1)
 Représentant légal 2 (RL2)

Un seul nom peut apparaître sur les factures - si aucun choix n'est fait, c'est au représentant légal 1 que seront adressées automatiquement les factures.

Nom, Prénom et adresse de facturation si différents :

Si vous avez besoin d'attestation de paiement aux deux noms, le service Jeunesse du Pôle Territorial de la Vallée de la Suippe pourra vous éditer ce document, il suffit d'en faire la demande par écrit (mail).

En cas de séparation, quelles sont les modalités de garde (garde alternée, semaine paire ou impaire...) ? Merci de nous fournir la copie du jugement. En l'absence de ce document, le responsable légal identifié conserve ses droits.

Facturation alternée – indiquer qui paye selon les semaines paires ou impaires :

Semaine paire :

Semaine impaire :

AUTORISATIONS

Je (nous) soussigné(e-ons), _____

Responsable(s) légal (aux) de l'enfant _____, autorise(ons)* :

Veuillez cocher votre choix :

OUI

NON

Le transport de mon enfant dans le cadre des activités des accueils de loisirs

La prise de photos de notre enfant lors des activités scolaires, périscolaires et extrascolaires, ainsi que ses productions (dessins, peintures, écritures, productions sonores, modelages...) et à utiliser ces images à des fins pédagogiques

La diffusion aux familles des participants des photos et des vidéos prises lors des différents accueils (ou réalisation d'un CD ou DVD avec toutes les photographies de l'année)

Le journal l'UNION et les publications amies à photographier notre enfant lors des activités scolaires, périscolaires et extrascolaires afin qu'un article soit publié à des fins pédagogiques

La diffusion des photos et vidéos prises lors des différents accueils de loisirs sur les supports de communication de la Communauté Urbaine du Grand Reims (site internet,...)

Ce document est issu des règlements des écoles et du service Jeunesse du Pôle Territorial de la Vallée de la Suippe.

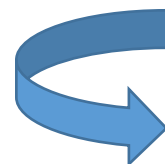
Fait à

Le / /

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2

En cas de modifications de ces données, merci d'informer le Service Jeunesse du Pôle Territorial de la Vallée de la Suippe dans les meilleurs délais.



Fiche Sanitaire de Liaison	1/ L'enfant				Photo d'identité de l'enfant à coller (Pas d'agrafes)
	Nom :				
	Prénom :				
	Né(e) le				
	Sexe :				

2/ Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) – pas de copie des vaccins

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

3/ Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, lequel ?
Si oui, dans le cadre périscolaire et extrascolaire, joindre une ordonnance récente avec la posologie à donner et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

Allergie ou maladie chronique

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation d'un certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire. Contacter le directeur de l'école ou les responsables du service Jeunesse de la du Pôle Territorial de la Vallée de la Suipe.

ASTHME :	OUI		NON		MEDICAMENTEUSE :	OUI		NON	
ALIMENTAIRE :	OUI		NON		AUTRES :				

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes	OUI		NON	
Si oui, doit-il les garder en récréation ?	OUI		NON	
En motricité ?	OUI		NON	

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.

Nom et téléphone du médecin traitant :

Nous soussignés,

Adresse :

.....

Tél. :

Responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable de l'école ou du Grand Reims à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Le / /

Signature du représentant légal 1 Signature du représentant légal 2