

**Fiche de Renseignements 2017-2018**  
**Temps périscolaires et extrascolaires**

ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Fille  Garçon

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : ..... CP : .....

Ville : ..... Tél. domicile : .....

Mail : ..... Nationalité : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Assurance scolaire :

Numéro : .....

Assureur : .....

Adresse : .....

Tél. ....

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et prénom du Père : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Profession : ..... Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail : .....

Noms et prénom de la Mère : .....

Adresse si différente de l'enfant : .....

Profession : ..... Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail : .....

Nom et prénom du tuteur légal (s'il y a lieu) : .....

Adresse si différente de l'enfant : .....

Profession : ..... Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail : .....

Frères et sœurs scolarisés à Aulnay:

NOM : ..... Prénom : ..... Classe.....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe.....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe.....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe.....

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

Personnes autorisées à récupérer l'enfant à l'école et/ou à être prévenues en cas d'urgence, en l'absence des responsables légaux :

Nom et prénom ..... Téléphone .....

Nom et prénom ..... Téléphone .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otites	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Vaccinations

VACCINS	Date du dernier VACCIN	Date du prochain VACCIN
DTP		
BCG		
ROR		

L'enfant porte-t-il des lunettes et/ou lentilles ?      Oui       Non

L'enfant mange-t-il de la viande de porc ?      Oui       Non

Toute allergie ou restriction alimentaire doit être signalée au secrétariat de la mairie au 01.30.90.85.40 ou par mail à [mairie-aulnay-sur-mauldre@orange.fr](mailto:mairie-aulnay-sur-mauldre@orange.fr).

Indiquez ci-dessous, les autres problèmes de santé en précisant les dates :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, yoyos, fractures, prothèses, etc...)

.....  
.....  
.....

## PHOTO

Je soussigné, M.....

autorise       n'autorise pas

que mon enfant .....soit photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires.

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les agents d'animation à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Je m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux concernant mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance des différents règlements intérieurs et m'engage à les respecter

A.....

Le.....

Signature des parents et/ou tuteur(s)

*Précédée de la mention « lu et approuvé »*