



**DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS DES SERVICES PERISCOLAIRES
ACCUEILS PERISCOLAIRES (MATINS, SOIRS et MERCREDI), RESTAURATION,
TAP et ACCUEIL DE LOISIRS (VACANCES SCOLAIRES)**

Mairie

Service scolaire et périscolaire
Place de la Mairie
Le Bourg
64200 ARCANGUES
Tél : 05.59.43.19.57
loisirs@arcangues.fr

Responsable : Mme DETREZ SALLES Charline

**DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS
ANNEE 2019 / 2020**

L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance et lieu :

Adresse :

.....
.....

Ecole fréquentée :

Nom du médecin traitant :

Son numéro de téléphone :

LA FAMILLE :

	Le Papa	La Maman	La tutrice / Le tuteur
Nom			
Prénom			
N° portable			
Profession			
Employeur			
N° téléphone employeur			
Adresse <small>(Si différente de l'enfant)</small>			
N° téléphone domicile			
Adresses mails			
Situation familiale <small>(Célibataire - marié - pacsé - vie maritale - séparé - divorcé - veuf)</small>			
Autorité parentale			
N° Sécurité Sociale			
Nom assurance extrascolaire			
Numéro d'assurance extrascolaire			
<u>NUMERO D'ALLOCATAIRE</u>			

Les enfants de la famille : les frères et sœurs :		
Nom	Prénom	Date et lieu de naissance

Je soussigné(e)..... [père – mère – tuteur] :

- déclare avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur, en avoir pris connaissance et m'engage à le respecter,
- informer la responsable des services périscolaires de tous les problèmes de santé de mon enfant ou des précautions particulières à prendre,
- et certifie exact tous les renseignements portés sur ce dossier.

Fait à _____ Le _____

Signature(s) :

Autorisations parentales

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à participer à toutes les activités sportives et aquatiques organisées par l'accueil de loisirs d'Arcangues.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties dûment encadrées par les animateurs de l'accueil de loisirs d'Arcangues.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à utiliser les transports collectifs (bus, minibus) prévus par l'accueil de loisirs d'Arcangues lors des sorties extérieures.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre d'activités, sachant que les images ne pourront être utilisées que dans des supports écrits et/ou audiovisuels.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à être transporté et soigné à l'Hôpital de Bayonne, où il recevra les soins d'urgence.

OU autre clinique souhaitée :

**Autorisation parentale
donnée à d'autres adultes
pour venir chercher l'enfant**

J'autorise les personnes nommées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Fait à

Le

Signature(s) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION A LA COLLECTIVITE.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A titre indicatif : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME

oui non

MEDICAMENTEUSES

oui non

ALIMENTAIRES

oui non

AUTRES (Précisez) :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours :

oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) en cours :

oui non (joindre la copie de la notification)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance médicale.

Indiquez ci-après,

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, CRISE D'EPILEPSIE, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...) en précisant **LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES oui non

DES LUNETTES oui non
(au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS - PRÉCISEZ :

Je soussigné(e),.....responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe du service scolaire et périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature(s) :