

**ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

SEXE : GARCON  FILLE

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

**Responsable légal 1 :**  Père  Mère  Tuteur

NOM : .....  
Prénom : .....  
Né le : ..... à .....

Adresse : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

Courriel : .....

**Autorité Parentale :**  OUI  NON

**Prévenir en cas d'urgence :**  OUI  NON

**Payeur :**  OUI  NON

**Responsable légal 2 :**  Père  Mère  Tuteur

NOM : .....  
Prénom : .....  
Née le : ..... à .....

Adresse : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

Courriel : .....

**Autorité Parentale :**  OUI  NON

**Prévenir en cas d'urgence :**  OUI  NON

**Payeur :**  OUI  NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

**Garde conjointe et simultanée des 2 parents.**

**Garde chez un seul parent (à préciser) :** .....

**Garde alternée** - Semaine paire, chez : .....

- Semaine impaire, chez : .....

**ASSURANCES**

Régime d'assurance maladie : CPAM  MSA  Autres  .....

CAF : Numéro d'allocataire : ..... Hérault  Autres  .....

J'accepte la récupération des informations sur mon compte partenaire (CDAP)

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autres que les parents)**

NOM	Prénom	Lien parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

(\*) REC : pouvant récupérer l'enfant

(\*) URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents

Maternelle  Elémentaire  Extérieur

Ecole d'affectation :  Escholiers  Louise Michel  Ormesson

Cassin/Cabrol  St Jean-Baptiste

## INFORMATIONS MEDICALES

➤ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TETANOS		HEPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYELITE		PNEUMOCOQUE	
<b>AUTRES VACCINS EVENTUELS (préciser)</b>		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

➤ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires : Oui  Non

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :  
 Coqueluche  Oreillons  Rougeole   
 Rubéole  Scarlatine  Varicelle  Angine  Otite  Rhumatisme

L'enfant a-t-il :

- **de l'Asthme** Non  Oui
- **des allergies :** Non  Oui  Préciser : .....
- **un PAI** Non  Oui  alimentaire /autre  .....

Autres difficultés de santé à signaler : .....

## AUTORISATIONS

- Je souhaite que mon enfant bénéficie du plat de substitution sans porc  repas végétarien
- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires Oui  Non
- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées Oui  Non
- A utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville Oui  Non

Nous, Monsieur/Madame ..... et Monsieur/Madame .....  
 Responsables légaux de l'enfant : ..... déclarons l'exactitude des informations portées sur ce dossier.

Fait le .....  
 Signature du Père, mère, tuteur (1)

à .....  
 Signature du Père, mère, tuteur (1)