



# DOSSIER PERISCOLAIRE

CLASSE DE

## ENFANT

Nom et Prénom	
Date de naissance	
Age	

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

	RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
Nom et prénom		
Adresse		
Code postal et ville		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Mail		

ATTENTION : il est impératif de nous communiquer un numéro de téléphone sur lequel vous êtes joignable durant le temps périscolaire

## SORTIE

Mon enfant pourra repartir de l'accueil périscolaire avec :

Nom	Prénom	Téléphone

## JE SOUSSIGNE (E)

Nom et Prénom : .....

Responsable légal 1  Responsable légal 2  Tuteur de l'enfant nommé ci-dessus, déclare :

- > avoir pris connaissance du règlement des activités périscolaires (cantine - garderie du matin et du soir).
- > exacts les renseignements portés sur le dossier périscolaire et la fiche sanitaire
- > autoriser mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs sauf indication particulière portée sur la fiche sanitaire.
- > certifier que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, qu'il n'est pas atteint d'infection cutanée transmissible, qu'il n'est pas porteur de parasites et m'engager à garder mon enfant chez moi si l'un de ces trois faits se manifestait.
- > autoriser les organisateurs à utiliser les photos de mon enfant sur les tracts, le site , la gazette de la mairie afin de promouvoir ses activités. Oui  Non

Je soussigné (e) ..... Responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Fait à ..... Signature des deux parents ou du responsable légal de l'enfant, précédée de la mention "lu et approuvé"

Le

## FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles et indispensables pour que votre enfant pratique les activités en toute sécurité. Elle évite de vous munir du carnet de santé de votre enfant. Elle restera confidentielle.

### VACCINATION

Merci de joindre une copie des pages du carnet de santé concernant les vaccinations de l'enfant et compléter

le tableau ci-dessous :

	Date du vaccin
<b>Vaccinations obligatoires</b>	
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)	
<b>Vaccins recommandés</b>	
Coqueluche	
Hépatite B	
Pneumocoque	
BCG	
Rougeole, Oreillon, Rubéole	
Haemophilus	
Autres (préciser)	

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication et précisez pourquoi :

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ?  oui  non

Si oui, il est impératif de donner une ordonnance récente et les boîtes de médicaments correspondantes, dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

### ALLERGIES

Est-ce que votre enfant a des allergies (alimentaires, médicamenteuses, ...) ?  oui  non. Si oui, précisez :

le type d'allergie

la cause

la conduite à tenir (si automédication le signaler)

L'état de santé de votre enfant nécessite-t-il la mise en place d'un PAI ? Oui  Non

Difficultés de santé en précisant les dates et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) :

Recommandations utiles et remarques diverses (port de lunettes, de lentilles, prothèses dentaires ou auditives, comportement de l'enfant...) :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :