

**PÉRISCOLAIRE - EXTRASCOLAIRE**  
**Fiche de Renseignements 2017-2018**

**ENFANT**

NOM : ..... Prénom : ..... Fille   
Garçon   
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance  
:.....  
Adresse : .....CP  
:  
Ville : ..... Tél. domicile :  
:  
Mail : ..... Nationalité :  
:  
N° Sécurité Sociale :  
:  
Nom de l'assurance scolaire :  
Numéro.....  
Adresse : .....  
Tél.....

**RESPONSABLES DE L'ENFANT**

**Nom et prénom du**

**père**.....

Adresse si différente de l'enfant

.....

Profession : ..... Tél. portable

.....

Lieu de travail : ..... Tél. travail :

.....

Autorité parentale : OUI  NON

**Noms et prénom de la mère (nom de jeune fille et nom d'épouse):**

.....

.....

Adresse si différente de l'enfant :

.....

Profession : ..... Tél.

portable :.....

Lieu de travail : ..... Tél. travail

.....

Autorité parentale: OUI  NON

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

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

..... Profession :

..... Tél. portable : ..... Lieu

de travail : ..... Tél. travail : .....

Frères et sœurs :

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

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

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

NOM : .....Prénom ..... Classe

AUTORISATIONS

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                      Lien avec l'enfant (*famille, voisins, Baby Sitter...*)                      Téléphone

1. ....  
.....

2. ....  
.....

3. ....  
.....

4. ....  
.....

.....

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		
Autres : ...		

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

RESTAURATION

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

Toute allergie ou restriction alimentaire doit être impérativement 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).

À défaut, aucune inscription en cantine ne sera prise en compte.

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

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

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

PHOTOS et VIDÉOS

Dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires, des séances sont susceptibles d'être filmées ou photographiées. Nous vous demandons de bien vouloir autoriser les éventuelles prises de vues de votre enfant. (*Aucune utilisation commerciale des photographies ne pourra être exercée.*)

Je soussigné, M..... autorise  n'autorise pas   
Le service périscolaire et/ou extrascolaire à effectuer des prises de vues de mon enfant.

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

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

Je donne mon accord pour la pratique des activités et sorties prévues à l'intérieur ou à l'extérieur des structures de la ville d'Aulnay sur Mauldre.

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 »*