



Merci de cocher la ou les cases correspondant à l'accueil souhaité

Péri scolaire Guérigny Péri scolaire Urzy Mercredi

Date d'Adhésion :

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant.
Vous devez remettre cette fiche à l'organisateur de l'accueil de l'enfant. Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance : / / Age : Sexe : F / G

N° Sécurité Sociale :

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom

Adresse

Profession : Employeur :

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

N° Sécurité Sociale :

Mail :

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom

Adresse

Profession : Employeur :

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

N° Sécurité Sociale :

Mail :

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

Nom, prénom

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Nom, prénom

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure

Assurance responsabilité civile : (joindre attestation ou justificatif)

Compagnie :

Numéro d'adhérent :

N° Allocataire CAF ou MSA* :

*(mention obligatoire)

Renseignements sanitaires

Vaccinations : (obligatoires)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.
A défaut fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....), fournir une copie du carnet de santé.

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation.....port de lunettes, port d'appareillage auditif...)

Traitements médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil).

Si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable**.

Cela doit rester **exceptionnel**, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant Contactez le responsable de la structure d'accueil

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

En cas de nécessité et urgence, j'autorise le responsable de l'activité à faire admettre l'enfant :

A l'hôpital le plus proche du lieu d'activité

Date :

Signature :