

## RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT :

Nom – Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

École fréquentée et niveau de classe (année 2024-2025) : .....

## RENSEIGNEMENTS – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

	RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
Nom – Prénom		
Lien de parenté		
Adresse postale		
Téléphone domicile/portable		
Adresse mail		
Profession – Employeur		
Téléphone travail		

## PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (si différentes des responsables légaux) :

Nom – Prénom : ..... ☎ : .....

Nom – Prénom : ..... ☎ : .....

## PERSONNES AUTORISÉE(S) À REPRENDRE L'ENFANT (si différentes des responsables légaux) :

Nom – Prénom : ..... ☎ : .....

## AUTORISATION DE SORTIE – UNIQUEMENT POUR LES ÉLÉMENTAIRES :

Autorise mon enfant à sortir seul de l'école →  à 17h00 **OU**  à 17h45 **OU**  entre 18h et 18h15

N'autorise pas mon enfant à sortir seul

## AUTORISATION DIVERSES :

Autorise mon enfant à participer aux activités prévues dans le cadre de l'Accueil Collectif de Mineurs (ACM)

Autorise l'équipe d'animation à maquiller mon enfant dans le cadre d'un atelier « maquillage »

Donne l'autorisation à la ville d'Épernay de diffuser les photographies de mon enfant prises dans le cadre de l'accueil collectif de loisirs pour les usages suivants :

diffusion de CD-ROM aux familles  publication sur les supports de communication (Épernay Le Journal, presse locale...)

## ASSURANCE PÉRI ET EXTRASCOLAIRE (facultatif) :

Numéro de contrat : ..... Compagnie : .....

# FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT 2024-2025

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.*

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

Fournir un justificatif de vaccinations à jour (carnet de santé avec identification de l'enfant, certificat médical attestant des vaccinations à jour, contre-indication...).

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

**L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL (pendant les temps péri et extrascolaires):**

OUI  NON

Si OUI → le 1<sup>er</sup> jour d'accueil de votre enfant, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice), le suivi sanitaire sera assuré par le référent et/ou le directeur du périscolaire.

**L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES:**

Rubéole  Oreillons  Rougeole  Varicelle  Coqueluche  
 Angine  Scarlatine  Asthmes  Otites  Rhumatismes

**ALLERGIES → ALIMENTAIRES:**  OUI  NON **MÉDICAMENTEUSES:**  OUI  NON

PRÉCISEZ : .....

**RÉGIME ALIMENTAIRE :**  STANDARD  SANS VIANDE PORCINE  VÉGÉTARIEN

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

*L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....*

PRÉCISEZ : .....

**MÉDECIN TRAITANT (facultatif) Nom et numéro de téléphone :**

.....

**N° de sécurité sociale du représentant l'égal de l'enfant :**

.....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date ...../...../.....

Signature :