

# FICHE ENFANT

Valable du 01/09/2020 au 31/08/2021



## L'ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le

Sexe

F

☐

M

☐

Age

PHOTO  
obligatoire.

Merci

## RESPONSABLES LÉGAUX

### REPRESENTANT 1

Nom

Prénom

### REPRESENTANT 2

Nom

Prénom

### AUTRE RESPONSABLE

Personne physique ☐

Personne morale ☐

Nom

Prénom

Organisme

Personne référente

## AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

### Merci de cocher la case correspondante

- Participer aux activités proposées par les différents services (sportives, manuelles, sorties...) Oui ☐ Non ☐
- Utiliser les moyens de transport mis en place par l'organisateur pour les différentes activités Oui ☐ Non ☐
- A photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de son activité ou lors de manifestations publiques et à diffuser son image
  - Sur les supports de la presse écrite Oui ☐ Non ☐
  - Sur Internet Oui ☐ Non ☐
  - Sur les réseaux sociaux Oui ☐ Non ☐
- Utiliser la crème solaire de l'organisateur Oui ☐ Non ☐

Le service se dégage de toutes responsabilités en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant (bijoux, jouets, téléphone...)

## INSCRIPTION AUX SERVICES

**Pour l'année scolaire 2020-2021, votre enfant utilisera les services** (Merci de cocher les cases et de remplir la fiche Inscription 2020-2021 du service concerné)

- ☐ RESTAURATION SCOLAIRE (ne remplir que les parties 1 et 3)
- ☐ PAUSE MERIDIENNE
- ☐ GARDERIE MATIN OU SOIR
- ☐ ACCUEIL DE LOISIRS de MUZILLAC (mercredi et vacances scolaires)
- ☐ ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES A LA CARTE

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### PARTIE 1

L'ENFANT SUIVIT UN TRAITEMENT MÉDICAL Oui ☐ Non ☐

Précisez :

---

---

---

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments non périmés, dans leur emballage d'origine, avec la notice, marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### ALLERGIES :

ASTHME Oui ☐ Non ☐

MÉDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐

AUTRES 

---

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (Fournir le Projet d'Accueil Individuel (PAI). Si automédication, le signaler) :

---

---

---

Pour plus d'information concernant l'élaboration du PAI, merci de prendre contact avec le Centre médico-scolaire au 02.97.01.63.70 ou à l'adresse [ce.cms56.vannes@ac-rennes.fr](mailto:ce.cms56.vannes@ac-rennes.fr)

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

MÉDECIN TRAITANT (précisez le nom et téléphone)

---

## PARTIE 2

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'as pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin antitétanique ne présente pas de contre-indication.

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME</b> <b>ARTICULAIRE AIGÜ</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement ☐  
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui ☐ Non ☐

## PARTIE 3

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

A :

Le :

Signature :

## DOCUMENTS A FOURNIR

**PARTIE 1 :** Certificat médical en cas d'allergie et Projet d'Accueil Individualisé (PAI) si besoin

**PARTIE 2 :** Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou un certificat de vaccination à jour remis par le médecin