

**FICHE RENSEIGNEMENTS ENFANT
2017/2018
Secteur de Nuits-Saint-Georges**

1 – ENFANT

Nom : **Prénom :**

Date et lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Ecole fréquentée et classe suivie à la rentrée 2017-2018 :

Agencourt Bernard Barbier Comblanchien Corgoloin Henri Challand La Fontaine Marie Maignot
 Pôle Htes Côtes Pôle de la forêt Pôle de la Vouge St Symphorien Vosne-Romanée

Autres :

Niveau : TPS - PS - MS - GS - CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2 - Classe ULIS

Autres A préciser (collège/lycée)

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : Lien de parenté avec l'enfant :

Tél :

Nom et prénom : Lien de parenté avec l'enfant :

Tél :

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccinations obligatoires

Les vaccins de mon enfant (Diphtérie-Poliomyélite-Tétanos-Tuberculose) sont à jour OUI NON

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre obligatoirement un certificat médical de contre indication.

Autres vaccins.....

Allergie(s) alimentaire(s) OUI NON

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

Allergie(s) médicamenteuse(s) OUI NON

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

Autres allergies ou pathologies OUI NON

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI à l'école ? OUI NON

Pour toute allergie ou problème de santé, prendre contact avec le service périscolaire

Régime alimentaire : sans porc OUI NON sans viande OUI NON

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, auditives, etc...

Précisez :

Votre enfant bénéficie de la présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) sur le temps scolaire OUI NON

4 – MEDECIN TRAITANT

Nom, prénom, adresse, N° de téléphone :

Je soussigné(é).....

responsable(s) légal(aux) de l'enfant.....

☞ déclare(ent) exacts les renseignements portés sur la présente « fiche renseignement »,

☞ m'engage(ent) à signaler toute modification des renseignements fournis

☞ autorise(ent) le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (notamment appel des secours, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☞ autorise(ent) la prise de photos et/ou vidéos de mon enfant lors de sa présence dans les différentes structures OUI NON , la diffusion sur les réseaux sociaux de la Communauté de Communes uniquement OUI NON ,

leurs publications dans la presse OUI NON .

Fait à
Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Le

**FICHE RENSEIGNEMENTS ENFANT
2017/2018
Secteur de Gevrey-Chambertin**

1 – ENFANT

Nom : **Prénom :**

Date et lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Ecole fréquentée et classe suivie à la rentrée 2017-2018 :

Brochon Chamboeuf Couchey Fixin Gevrey-Chambertin L'Etang-Vergy Morey-St-Denis

Autres :

Niveau : TPS - PS - MS - GS - CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2 - Classe ULIS

Autres A préciser (collège/lycée)

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : Lien de parenté avec l'enfant :

Tél :

Nom et prénom : Lien de parenté avec l'enfant :

Tél :

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccinations obligatoires

Les vaccins de mon enfant (Diphtérie-Poliomyélite-Tétanos-Tuberculose) sont à jour OUI NON

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre obligatoirement un certificat médical de contre indication.

Autres vaccins.....

Allergie(s) alimentaire(s) OUI NON

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

Allergie(s) médicamenteuse(s) OUI NON

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

Autres allergies ou pathologies OUI NON

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI à l'école ? OUI NON

Pour toute allergie ou problème de santé, prendre contact avec le service périscolaire

Régime alimentaire : sans porc OUI NON sans viande OUI NON

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, auditives, etc...

Précisez :

Votre enfant bénéficie de la présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) sur le temps scolaire OUI NON

4 – MEDECIN TRAITANT

Nom, prénom, adresse, N° de téléphone :

Je soussigné(é).....

responsable(s) légal(aux) de l'enfant.....

☞ déclare(ent) exacts les renseignements portés sur la présente « fiche renseignement »,

☞ m'engage(ent) à signaler toute modification des renseignements fournis

☞ autorise(ent) le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (notamment appel des secours, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☞ autorise(ent) la prise de photos et/ou vidéos de mon enfant lors de sa présence dans les différentes structures OUI NON

la diffusion sur les réseaux sociaux de la Communauté de Communes uniquement OUI NON

leurs publications dans la presse OUI NON .

Fait à
Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Le