

**FICHE RENSEIGNEMENTS ENFANT 2016/2017**

**1 - ENFANT**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date et lieu de naissance :**

**Sexe : Masculin  Féminin**

**Ecole fréquentée et classe suivie à la rentrée 2016-2017 :**

- Bernard Barbier  TPS  - PS  - MS  - GS   
La Fontaine  TPS  - PS  - MS  - GS   
Henri Challand  CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
Marie Maignot  CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
St Symphorien  TPS  - PS  - MS  - GS  - CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
Agencourt  CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
Vosne-Romanée  TPS  - PS  - MS  - GS   
Corgoloin  TPS  - PS  - MS  - GS  - CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
Comblanchien  TPS  - PS  - MS  - GS  - CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
Pôle de la Vouge  TPS  - PS  - MS  - GS  - CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
Pôle de la forêt  TPS  - PS  - MS  - GS  - CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
Pôle Htes Côtes  TPS  - PS  - MS  - GS  - CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2   
Autres  A préciser.....

**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) médicamenteuses OUI  NON**

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

**Pour toute allergie, prendre contact avec le service périscolaire**

**Régime alimentaire sans porc oui  non**

**Régime alimentaire sans viande oui  non**

**3 - MEDECIN TRAITANT**

Nom, prénom, adresse, N° de téléphone :

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

Autres :

Je soussigné(e), .....

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 et leurs publications dans la presse OUI  NON

Fait à ..... le .....

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