SIRP DU COUTACH

Communes de Bragassargues, Gailhan, Liouc,
Orthoux-Serignac-Quilhan, Quissac et Sardan
48, place des arènes 30260 QUISSAC

FICHE SANITAIRE 2018/2019
SERVICES PÉRISCOLAIRES

- **ENFANT**

Nom :…… Prénom :……
Garçon / Fille (entourez) Date de naissance : ____ ____ _____
Adresse :……
Code postal : …… Commune : ……
Etablissement fréquenté : …… Classe : ……

Photo

- **RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT** ☐ Mère ☐ Père

Situation familiale : ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

	Mère (ou autre : ……)	**Père (ou autre : ……)**
NOM PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
Adresse mail (Important)		
Situation professionnelle (Salarié, sans emploi, mère au foyer, congé parental…)		
N° téléphone professionnel		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		

Nombre d'enfants à charge : … N° allocataire MSA (N° de sécurité sociale) : __ ____ ____ ____ _____ _____ ____

N° allocataire Caf (7 chiffres + 1 lettre) : __ __ __ __ __ __ __ __ (Les éléments seront vérifiés sur Caf PRO)

Autre (A précisez) : ……

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : __ ____ ____ ____ _____ _____ ____

Nom de l'Assurance + adresse (joindre justificatif) : ……
…… N° de police : ……

Personnes à prévenir en cas d'urgence (si le SIRP ne peut pas joindre les parents) :

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté :……
Adresse : ……

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté :……
Adresse : ……

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité pourra être demandée) :

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté :……
Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté :……
Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté :……
Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté :……

Je soussigné(e) ……., responsable légal de l'enfant,

	OUI	NON
Autorise les responsables à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.		

- **MÉDECIN TRAITANT**

Nom :…… Prénom :…….....

Adresse :……..…… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___

- **VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)**

Les personnes titulaires de l'autorité parentale doivent veiller au respect de cette obligation (joindre copies justificatives).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES PRIMO VACCINATION			DATE 1er RAPPEL	DATE 2ème RAPPEL
Diphtérie/tétanos (jusqu'à 11 mois)					
Poliomyélite (rappel jusqu'à 13 ans)					

- **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

VOTRE ENFANT EST-IL :

ASTHMATIQUE ☐ oui ☐ non
ALLERGIQUE : MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non

AUTRES : ……

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si PAI ou automédication le signaler + copie)

……
……

INDIQUEZ CI-APRES :

Si votre enfant est en situation de handicap ☐ oui ☐ non
Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation…) en précisant les dates et les **précautions à prendre :**

……
……

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc.…

……
……

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté. J'informerais le service périscolaire de tout changement.

Fait à Quissac. Date : …… 201__ Signature précédée de la mention « Lu et approuvée » :

CADRE RESERVE AU SIRP DU COUTACH

Quotient familial : …… ☐ Tarif SIRP ☐ Tarif hors SIRP date : ……

Nom et coordonnées de l'agent qui a traité le dossier : ……

Autres remarques : ……