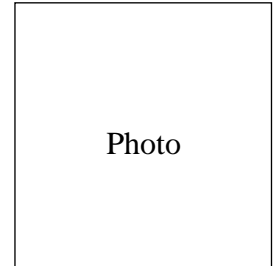


FICHE SANITAIRE 2020/2021 SERVICES PÉRISCOLAIRES

• **ENFANT**

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



• **RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT** Mère Père Autre :

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 CDAP)

Autre (A préciser) :

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(e) 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 1 ^{er} RAPPEL	DATE 2 ^{ème} 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'informerai le service périscolaire de tout changement.

J'autorise Je n'autorise pas le SIRP du Coutach à saisir mes informations personnelles.

J'autorise Je n'autorise pas le SIRP du Coutach à saisir mes informations médicales.

Les informations renseignées ci-dessus sont destinées à un usage interne au SIRP du Coutach et ne seront communiquées en aucun cas à un organisme tiers ou à toutes personnes extérieures au SIRP.

Fait à Date : Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

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 :