

FICHE SANITAIRE ANNÉE SCOLAIRE 2022/2023NOM de l'enfant : PRÉNOM : Né(e) le :
(en lettres majuscules) (en lettres majuscules) (en lettres majuscules)

✉ Adresse :

@ Courriel : École : Classe :

Centre de loisirs :

Représentant 1 : NOM : PRÉNOM : Profession :

📱 Tél. portable : ☎ Tél. travail :

Représentant 2 : NOM : PRÉNOM : Profession :

📱 Tél. portable : ☎ Tél. travail :

MARIÉS DIVORCÉS SÉPARÉS VEUF(VE) CÉLIBATAIRE VIE MARITALE PACS Si séparation des parents, préciser si garde alternée : OUI NON**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX****OBLIGATOIRE** : date de rappel vaccin DT Polio + la photocopie de la page des vaccins de votre carnet de santé :
(contre la diphtérie, Tétanos et Poliomyélite)**Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?**Maladie : NON OUI Préciser :Prise de médicaments : NON OUI Préciser :**Votre enfant a-t-il des allergies ?**Aliments : NON OUI Préciser :Autres : NON OUI Préciser : Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un P.A.I. car il a un problème de santé à prendre en charge en temps scolaire et périscolaire (**problème de santé à signaler au Directeur d'école lors de l'admission de l'enfant**).**Renseignements complémentaires concernant l'état de santé de l'enfant (interventions chirurgicales, autre) :** Restauration scolaire, demande d'un menu spécifique : menu végétarien menu sans porc P.A.I.**OBLIGATOIRE** : Assurance scolaire ou responsabilité civile. (Nom de la compagnie et numéro du contrat) :**Personne(s) majeures ou mineures (munie(s) d'une pièce d'identité) autorisée(s) à venir chercher l'enfant, autres que les parents :**

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : 📱 Tél. portable : ☎ Tél. domicile :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : 📱 Tél. portable : ☎ Tél. domicile :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : 📱 Tél. portable : ☎ Tél. domicile :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : 📱 Tél. portable : ☎ Tél. domicile :

ATTENTION : je décharge la collectivité de toute responsabilité après remise de mon enfant à l'une des personnes majeures ou mineures ci-dessus.



RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e)..... (NOM, Prénom), **responsable légal de l'enfant**, certifie exacts les renseignements portés sur le présent document et sur le dossier d'inscription. J'atteste, dans le cas de parents séparés ou divorcés, que le père ou la mère de l'enfant est informé(e) de ces données. Je déclare accepter le règlement intérieur des prestations municipales (restauration scolaire, accueil, centre de loisirs, ramassage scolaire).

l'autorise la Municipalité :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| * à prendre toute mesure d'urgence en cas d'accident de mon enfant : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| * à m'envoyer des alertes SMS pour toute information relative au fonctionnement du service : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| * à m'envoyer chaque mois la facture dématérialisée des prestations périscolaires : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| * à photographier mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et utiliser ces supports : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| * à solliciter la CAF pour qu'elle transmette à l'administration mon Quotient familial : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

MÉRIGNAC, le **SIGNATURE :**