



COMMUNE D'HERICY

- Cochez la ou les cases
- RESTAURATION SCOLAIRE
 - ACCUEIL DE LOISIRS
 - ACCUEIL PERISCOLAIRE
 - NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES (NAP)

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ANNEE 2014 - 2015

ENFANT :

Nom : Prénom : Age :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Classe : Nom de l'enseignant

PARENTS : Marié (e) Divorcé (e) Séparé (e) Célibataire Veuf (ve) Vie maritale

En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l'enfant et le mode de garde
(joindre la photocopie du jugement relative aux droits de garde)

	Père	Mère
NOM		
Prénom		
Adresse		
Adresse mail (facultatif)		
N° du portable ET du domicile		
Profession Régime général (Tous les salariés des entreprises privées, travailleurs indépendants, Artisans, Commerçants, Agent des collectivités locales, Commissariat de l'énergie atomique, Banque de France, Office National des Forêts) OU Autres (Salariés exploitants, Crédit Agricole, SNCF, EDF-GDF, Marins, Agent de la Fonction Public)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tél. prof.		

COMMUNE D'HERICY

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident, la municipalité d'Héricy, le centre de loisirs et la restauration scolaire s'efforcent de prévenir la famille par les moyens les plus rapides en leur possession. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

Lien de parenté : Père, Mère, Tuteur, Assistante maternelle, Grands-parents (*rayez les mentions inutiles*)

Nom et Prénom :
Adresse :
Tél. Domicile : Tél. portable :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront éventuellement être utiles. Nous évitons ainsi de vous démunir du carnet de santé de l'enfant.

ENFANT :

Nom : Prénom :
Sexe : Garçon Fille Date de naissance : / /
Taille : Poids : Pointure :
Porte-t-il (elle) des lunettes de vue ? Oui Non
Porte-t-il (elle) un appareil dentaire ? Oui Non
Porte-t-il (elle) un appareil auditif ? Oui Non
Activité (s) pratiquée (s) par l'enfant habituellement :
Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? :
Si oui, lesquelles ? :
Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? oui non
Si oui, lequel ? :

Joindre obligatoirement une attestation d'assurance scolaire et périscolaire ainsi qu'un certificat médical d'aptitude à la pratique du sport

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement les photocopies correspondantes au carnet de santé

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

COMMUNE D'HERICY

ALLERGIES

Asthme oui non Alimentaire oui non
Médicamenteuses oui non Autres oui non
Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (indiquez les dates)

- Maladie :
- Accident :
- Crises convulsives :
- Hospitalisation :
- Opérations :
- Rééducations :

MEDECIN

Nom du médecin : Tél. :
Adresse :
Ville : Code postal :

FICHE D'URGENCE

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

N° SS :
Adresse du centre de sécurité sociale :
N°, nom et adresse de l'assurance scolaire (joindre photocopie de l'attestation) :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je (nous) soussigné(e)(s), Monsieur et/ou Madame autorise(ons)
l'anesthésie de mon (ma) fils/fille au cas où, victime d'un accident ou
d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à Héricy, le

Signature des parents

COMMUNE D'HERICY

AUTORISATION PARENTALE

Je (nous) soussigné(e)(s), Monsieur et/ou Madameautorise(ons) le centre de loisirs, le restaurant scolaire et la municipalité à :

- ❖ Prendre mon (notre) enfant En photographie durant une sortie, une activité, un goûter, en portrait et/ou en groupe,
- ❖ Afficher les photographies lors d'une exposition ou d'une activité précise se déroulant au centre ou restaurant scolaire ou à l'extérieur.
- ❖ Faire paraître les photographies dans les publications municipales, de la presse locale et le site Internet officiel de la Ville d'Héricy

A l'issue de la journée scolaire (enseignement et NAP), soit 16h30, j' (nous) autorise (ons) mon (notre) enfant à :

- Rentrer seul à son domicile et sous notre entière responsabilité
- Etre pris en charge par le Centre de Loisirs
- Etre pris en charge par l'Etude du soir
- Etre pris en charge par les personnes autorisées suivantes

Nom.....	N° de
Lien avec l'enfant.....	tél. :.....
Nom.....	N° de
Lien avec l'enfant.....	tél. :.....
Nom.....	N° de
Lien avec l'enfant.....	tél. :.....

A la fin de l'accueil périscolaire et/ou de l'accueil de loisirs (pendant les vacances scolaires) je (nous) reprends (ons) mon (notre) enfant auprès du personnel d'encadrement comme prévu sur le programme, dans le cas contraire, j' (nous) autorise (ons) :

- Nom Prénom : à venir chercher mon (notre) enfant, précisez le lien de parenté
- J'(nous) autorise (sons) mon (notre) enfant de plus de 10 ans à partir seul du centre de loisirs, sous mon (notre) entière responsabilité,

Fait à HERICY, le

« Lu et approuvé, bon pour accord du règlement »

Signature des parents