

Dossier N°



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
Sèves de Guyane

FICHE DE RENSEIGNEMENT

RENSEIGNEMENT ENFANT

GARÇON

FILLE

Nom : _____ prénom : _____

Date de naissance : _____ nationalité : _____

Ecole fréquentée : _____ classe : _____

RESPONSABLE LEGAL 1 Père

mère

tuteur(-trice)

Nom : _____ prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse électronique _____ @ _____

Profession : _____ Tél travail : _____

Numéro Sécurité social : _____ N° allocataire CAF : _____

RESPONSABLE LEGAL 2 Père

Mère

Tuteur(-trice)

Nom : _____ prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse électronique _____ @ _____

Profession : _____ Tél travail : _____

Numéro Sécurité social : _____ N° allocataire CAF : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant.....est autorisé(e) à partir seul(e) de la structure.

OUI

NON

Dans ce cas, l'organisateur décline toute responsabilité en cas d'accident en dehors du lieu d'accueil

Dans ce cas, les responsables légaux de l'enfant doivent venir récupérer (ou autoriser une personne à récupérer) l'enfant avant la fermeture de l'accueil

PERSONNES AUTORISEES (AUTRES QUE LES TUTEURS LEGAUX) A RECUPERER LES ENFANTS

NOM : _____ PRENOM : _____

Téléphone : _____ :Portable _____

Attention !! La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

NOM : _____ PRENOM : _____

Téléphone : _____ Portable _____

Attention !! La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

NOM : _____ PRENOM : _____

Téléphone : _____ :Portable _____

Attention : La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'équipe pédagogique du périscolaire de la Ville de Saint Laurent du Maroni à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et des accueils de loisirs :

Utilisation dans le cadre d'une activité pédagogique ou périscolaire, exposition de photographies ou de vidéos dans le cadre des activités pédagogiques : publication sur le site de la ville de Saint Laurent du Maroni.

OUI

NON

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent votre enfant est garantie. Nous pourrions donc à tout moment vérifier l'usage qui en fait et nous disposons du droit de retrait de cette image si nous le jugeons utile.

Je (nous) certifie(certifions) sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés dans ce dossier et m'engage (nous engageons) à informer immédiatement les responsables en cas de changement.

Fait à Saint Laurent du Maronni, le ____ / ____ / ____ / S signature(s) de(s) parent (s) :

2. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE T'IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, PROTHESE AUDITVES, ETC...PRECISEZ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....
.....
.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :.....BUREAU

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT.....

Je soussigné(e).....responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

signature :

Enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance _____

Ecole : _____

Centre : _____



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
Sèves de Guyane

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondant (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.**)

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. *

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Entourer la réponse oui ou non)

ZIKA Oui non	CHIKUNGUNYA Oui non	DINGUE Oui non	PALUDISME Oui non	TEIGNE Oui non
COQUELUCHE Oui non	OTITE Oui non	ROUGEOLE Oui non	OREILLONS Oui non	Gale oui non
RUBEOLE Oui non	VARICELLE Oui non	ANGINE Oui non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui non	SCARLATINE Oui non

VACCIN : Joindre la copie des vaccins

ALLERGIES : Votre enfant a-t-il des allergies ? oui non

PRECISER(LES) CAUSE(S) ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATON, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**

.....
.....
.....
.....