

Traitement médical

Si votre enfant est amené à suivre un traitement médical, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

Veuillez indiquer si votre enfant rencontre (ou a rencontré) des difficultés de santé : maladie, accident, crise convulsive, opération..., en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant mouille-t-il son lit ? Occasionnellement Oui Non

L'enfant a-t-il son brevet de natation ? Oui Non

REPAS : Mange de la viande de porc : Oui Non
Végétarien : Oui Non

Autre régime particulier : _____

Je soussigné(e).....
déclare sur l'honneur avoir le plein exercice de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise :

> En cas d'urgence, la direction des accueils fréquentés par mon enfant à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en oeuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer;

> L'utilisation par le service enfance jeunesse de la mairie de Servon, pour sa communication ou sa documentation, des photos prises lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant.

> L'Autorisation de transporter mon (mes) enfant(s) lors des sorties organisées par le Service Enfance Jeunesse.

SERVON, le

Signature Père :

Signature mère :

S
E
R
V
I
C
E

E
N
F
A
N
C
E

J
E
U
N
E
S
S
E
-
M
A
I
R
I
E

D
E

S
E
R
V
O
N

Année 2010 -2011 SERVICE ENFANCE JEUNESSE



Accueil de Loisirs de Servon

15 Rue de la poste

77170 SERVON

Dossier Sanitaire 3/10 ans

Valable du 01/09/10 au 31/08/11



PHOTO

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date et lieu de naissance : _____

Classe : _____ Age : _____ Sexe : M F

N° de sécurité sociale
dont dépend l'enfant : _____

L'enfant est-t-il assuré : Oui Non

AUTORISE A RENTRER SEUL : Oui Non

(A partir de 10 ans, voir Règlement Intérieur du Service Enfance Jeunesse,
FOURNIR une autorisation écrite)

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

(OBLIGATOIREMENT)

- Attestation d'assurance 2010/2011
- Avis d'imposition 2009 (pour le calcul du tarif)
- Récépissé d'acceptation du règlement intérieur

Horaires d'ouverture des Accueils de Loisirs Mercredis et Vacances

Journée : arrivée entre 7 h 30 et 9 h (9h30 pendant les vacances) et départ entre 17 h et 18 h 45

Matin (uniquement le mercredi) : arrivée entre 7 h 30 et 9 h et départ entre 13 h et 14 h

Après midi (uniquement le mercredi) : arrivée entre 13 h et 14 h et départ entre 17 h et 18 h 45

Horaires d'ouverture des Accueils de Loisirs Péri-scolaires

Accueil du matin : A partir de 7 h 30 jusqu'à 8 h 30

Accueil du soir : A partir de 16 h 30 jusqu'à 18 h 45 et à partir de 18h00 (après l'étude)

Informations familiales et administratives

Nom et prénom de la mère : _____

Tél domicile : _____ Tél prof, : _____

Portable : _____ N° Allocataire CAF : _____

Profession et employeur : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Régime général : oui - autre : _____

Adresse email "mère" : _____

Nom et prénom du père : _____

Tél domicile : _____ Tél prof, : _____

Portable : _____ N° Allocataire CAF : _____

Profession et employeur : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Régime général : oui - autre : _____

Adresse email "père" : _____

En cas de séparation/divorce, qui à la garde ? (Fournir la décision de justice)

La mère Le père Alternée

En cas d'indisponibilité des représentants légaux ou d'urgence, nommer les personnes habilitées à venir récupérer votre (vos) enfant(s) :

Nom/prénom :	Qualité :	Tél. port et domicile :	Tél. travail :

Informations sanitaires

A compléter obligatoirement :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Ruvéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Méningite	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
MONOTEST					

Maladies :

A compléter :

RUBÉOLE			VARICELLE			ANGINES			RHUMATISMES			SCARLATINE		
NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI	

COQUELUCHE			OTITES			ROUGEOLE			OREILLONS			ASTHME		
NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI	

Allergies :

Respiratoires : Oui - Non Lesquelles : _____

Alimentaires : Oui - Non Lesquelles : _____

Médicamenteuses : Oui - Non Lesquelles : _____

Autres allergies : _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
(si automédication le signaler)

Goupe Sanguin RH :

Informations Complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, appareil dentaire...
