



Ville de Fumay

Ardennes

**FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT
SERVICE ANIMATION**

**Année scolaire
2020/2021**

Périscolaire : **Matin** - **midi** - **Soir**

NOM	Prénom	Classe
Date de naissance	Lieu de naissance	Ecole : <input type="checkbox"/> Centre <input type="checkbox"/> Charnois

Adresse de l'élève	
N° :	Rue :
Code postal :	Ville :

Santé
Problèmes particuliers à signaler (dans le cas d'allergie, merci d'en préciser le type et les symptômes).

Vaccination obligatoire					
Enfant né avant le 01/01/2018	OUI	NON	Enfant né après le 01/01/2018	OUI	NON
Diptérie, tétanos et poliomyélite (DTP)			Diptérie, tétanos et poliomyélite (DTP)		
Les responsables légaux, dont le ou les enfant(s) ne sont pas vacciné(s) pour des raisons de contre-indication médicale, devront présenter un certificat médical établi par le médecin traitant ou le spécialiste en charge du suivi de l'enfant			Coqueluche		
			Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b		
			Hépatite B		
			Infections invasives à pneumocoque		
			Méningocoque de sérogroupe C		
			Rougeole, oreillons et rubéole		
Nom et adresse du médecin traitant			Tél :		
En cas d'urgence, le SAMU ou les pompiers décident du lieu d'hospitalisation pour les premiers soins					

Cantine (accueil périscolaire midi)
Souhaitez-vous que des plats sans porc soient proposés à votre enfant :
Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>

Recommandations des parents
L'enfant peut-il participer aux activités physiques, rythmiques et sportives ?
Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>

Soin d'urgence
Autorisez-vous les soins d'urgence ?
Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>

Projet d'Accueil Individualisé

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place ?

Oui (Merci de bien vouloir me fournir une copie)

Non

Renseignements relatifs aux représentants légaux

	Père ou tuteur	Mère ou tutrice
Nom et prénom		
Profession		
Adresse		
N° tél professionnel		
N° tél domicile		
N° tél portable		
Adresse mail		

Nom des personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

NOM-Prénom	Parenté	Téléphone

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents)

NOM-Prénom	Parenté	Téléphone

Autorisation de sortie

Autorisez-vous l'équipe d'animation de la Ville de Fumay à laisser sortir seul l'enfant nommé ci-dessus à :

18H00 après le périscolaire soir - 12H00 après le périscolaire du mercredi matin.

Oui

Non

Signature.

Droit à l'image

Autorisez-vous le Service Animation à prendre en photo ou à filmer votre enfant nommé, ci-dessus, durant les diverses activités au sein du Service Animation de Fumay à des fins professionnels (expo, rapport professionnel, site internet de la Ville de Fumay, page facebook de la Ville de Fumay).

Oui

Non

Signature.

Je soussigné : Monsieur, Madame,

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Service Animation.

Je m'engage à m'y conformer et à avertir le Service Animation de tout changement relatif aux renseignements contenus dans la présente fiche.

Fait à Fumay, le.....

Signature

Nota : les renseignements ci-dessus pourront faire l'objet d'un traitement informatisé. Ils sont indispensables au fonctionnement du service animation et sont strictement réservés aux besoins de ce service.

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, toute personne bénéficie du droit d'accès et de rectification à ces données.