



Mairie de Villers sous Saint Leu

Année scolaire 2014/2015

Nouvelles Activités Périscolaires (N.A.P.)

Fiche de Renseignements

L'ENFANT :

Sexe : M F

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : / / à

Classe fréquentée :

Adresse des parents : n° Rue

Code postal : Commune :

 domicile :/...../...../...../.....



mère :/...../...../...../.....



père :/...../...../...../.....

E.mail :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom et prénom du père ou du responsable légal :

Employeur et téléphone :

Nom et prénom de la mère ou de la responsable légale :

Employeur et téléphone :

Numéro de sécurité sociale :

N° caisse d'allocations familiales :

Référence du contrat d'assurance Responsabilité Civile de l'enfant :

Nom et N° de la mutuelle :

Personne(s) à contacter, autre que les parents, en cas d'urgence :

Lien de parenté :  :/...../...../...../.....

AUTORISATION :

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, autorise l'animateur référent à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident de l'enfant (transport à l'hôpital ou chez le médecin, traitements médicaux au regard de ce que la loi autorise).

Date et signature des parents



Mairie de Villers sous Saint Leu

Année scolaire 2014/2015

Nouvelles Activités Périscolaires (N.A.P.)

Fiche de Liaison

L'ENFANT :

Sexe : M F

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : / / à

VACCINATION :

Joindre **obligatoirement** la photocopie du carnet de santé de l'enfant concernant les vaccins suivants :

Vaccination DT POLIO

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si réponse favorable, joindre **obligatoirement** 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 sera administré à l'enfant sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

*Cocher les cases correspondantes

Autre(s) maladie(s) :

L'ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES SUIVANTES,

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Asthme : OUI NON

Autres :

Précisez la (ou les) cause(s) de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? OUI NON



Mairie de Villers sous Saint Leu

Année scolaire 2014/2015

Nouvelles Activités Périscolaires (N.A.P.)

Autorisation Parentale

Mon enfant va-t-il fréquenté le périscolaire après 16h 30 OUI NON

Je soussigné(e) responsable de

l'enfant autorise
l'animateur responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation(s)) rendues
nécessaires par l'état de l'enfant.

- Accepte de payer les frais liés aux soins (obligatoire pour la fréquentation de la structure) OUI NON
- Accepte que mon enfant soit pris en photo OUI NON
- Accepte que mon enfant soit filmé sans but commercial OUI NON
- Accepte que la photo de mon enfant soit utilisée dans les documents (bulletin municipal de la Mairie) OUI NON
- Accepte que la photo de mon enfant soit diffusée sur le site internet de la commune OUI NON
- Accepte que mon enfant quitte seul le Temps d'Activité Périscolaire OUI NON

Si non, mon enfant est autorisé à partir avec (nom et numéro de téléphone) :

1.
2.
3.
4.