



DOSSIER UNIQUE

ENFANT

NOM Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Sexe : Féminin Masculin Classe : _____

Régime alimentaire : Sans porc (repas de substitution : repas végétarien)
 Végétarien (repas sans viande, ni poisson)



RESPONSABLES LÉGAUX



Mère Père Autre (à préciser) :

NOM Prénom : _____

DATE de naissance : _____

Adresse : _____

Fixe : _____

Portable : _____

Email (obligatoire) : _____

Accepte de ne plus recevoir de facture papier : Oui Non

Numéro de téléphone de l'employeur : _____



Mère Père Autre (à préciser) :

NOM Prénom : _____

DATE de naissance : _____

Adresse : _____

Fixe : _____

Portable : _____

Email (obligatoire) : _____

Numéro de téléphone de l'employeur : _____

En cas de séparation ou de divorce*, l'autre parent est-il autorisé à récupérer l'enfant ?

Oui Non

*joindre obligatoirement le jugement.

AUTRES PERSONNES À CONTACTER



NOM	Prénom	A appeler en cas d'urgence	Autorisée à prendre l'enfant	Lien avec l'enfant	Fixe	Portable



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : _____ ☎ _____

Vaccins obligatoires (merci de préciser la date de la vaccination et joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite : le __/__/__ | <input type="checkbox"/> Coqueluche : le __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B : le __/__/__ | <input type="checkbox"/> ROR : le __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Méningocoque de sérogroupe C : le __/__/__ | <input type="checkbox"/> Pneumocoque : le __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Infections invasives a Haemophilus influenzae de type b : le __/__/__ | |

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : Angine Oreillons Scarlatine Varicelle
 Coqueluche Rougeole Rubéole Otite Rhumatisme articulaire aigu

L'enfant porte-t-il : Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèse dentaire Autre _____

SANTÉ DE L'ENFANT

P.A.I existant : Non Oui → Fournir l'**original du P.A.I** au service scolaire qui se chargera de le transmettre aux différents accueils et aux écoles pour signature.



Allergie alimentaire : Oui (à préciser) : _____

Asthme : Oui **Autres difficultés de santé :** Oui (à préciser) : _____

Si réponse positive, merci de vous rapprocher de votre médecin pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I (projet d'accueil individualisé).

Document téléchargeable sur www.lanorville91.fr



ASSURANCES

Régime générale et fonctionnaire Régime agricole Autre régime (à préciser) : _____

CAF • N° d'allocataire : _____

Mutuelle : _____

Centre de sécurité sociale : _____ **N° de S.S.** _____

Assurance responsabilité civile : _____ **N° :** _____

ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS PARENTALES

Je m'engage à prendre connaissance et à respecter les règlements de l'ensemble des structures et j'autorise les services scolaire / périscolaire à :

- organiser les trajets de mon enfant en car, mini-bus et à pied des services proposés ;
- faire pratiquer des activités sportives à mon enfant (piscine, patinoire...)
- photographier ou filmer mon enfant pour les publications municipales et sur le site internet de la ville ;
- à prendre toutes les mesures d'urgence (transport, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.



Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent document. J'atteste également avoir pris connaissance de la possibilité de l'administration de vérifier par tous les moyens légaux la véracité de ces déclarations. Je m'engage à signaler tout changement sur les informations transmises à ce jour.

DATE : le __/__/_____

SIGNATURE : _____