

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES ET ACCUEILS DE LOISIRS

ANNÉE SCOLAIRE
2022-2023

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL, à remplir par les familles en début d'année scolaire et à remettre à l'enseignant.

Nom de l'établissement : Classe :

Accueil de loisirs (si différent) :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : ____/____/____

Numéro de sécurité sociale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Adresse du centre de sécurité sociale : Numéro de la Caf :

Assurance scolaire : n° Adresse :

Père ou représentant légal 1 (RL1)

Nom : Adresse :

Tél. : domicile Travail Portable

Mère ou représentant légal 2

Nom : Adresse (si différente du RL1) :

Tél. : domicile Travail Portable

Personnes à prévenir en cas d'urgence (en complément des représentants)

Nom : Téléphone :

Nom : Téléphone :

J'AUTORISE MON ENFANT :

☐ à repartir seul (à partir du CE1 de préférence) :	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
à la fin des cours (16h30)	☐	☐		☐	☐
à l'arrêt de car du soir	☐	☐		☐	☐
à 18h (fin de l'étude)	☐	☐		☐	☐
à 19h (fin de l'accueil)	☐	☐	☐	☐	☐

☐ à **être repris le soir** (fin des cours, centre de loisirs ou arrêt de car) par :

Nom complet : Tél. : Lien avec l'enfant :

Nom complet : Tél. : Lien avec l'enfant :

Nom complet : Tél. : Lien avec l'enfant :

Nom complet : Tél. : Lien avec l'enfant :

Nom complet : Tél. : Lien avec l'enfant :

INFORMATIONS MÉDICALES

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'école ou de l'établissement, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle à demander auprès du directeur de l'école et la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin scolaire : Centre médico-scolaire, 9 rue de Unna, 91120 Palaiseau (au niveau de l'école maternelle Etienne Tailhan).

Dernier rappel de vaccin antitétanique : ____/____/____
POUR ÊTRE EFFICACE, NÉCESSITE UN RAPPEL TOUS LES 5 ANS

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Activités (sportives ou autres) contre-indiquées :

.....

AUTRES OBSERVATIONS

QUE VOUS JUGEREZ UTILES DE PORTER À LA CONNAISSANCE DE
L'ÉTABLISSEMENT (ALLERGIES, ALIMENTATION, TRAITEMENTS EN COURS,
PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

.....

.....

.....

.....

.....

DROIT À L'IMAGE

J'autorise, dans le cadre des activités organisées au centre,
que mon enfant soit filmé ou pris en photo et que les images
soient diffusées dans le cadre des documents municipaux :

☐ Oui

☐ Non

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

En cas de maladie évoluant
sur une longue période
(ex. : allergies alimentaires),
vous devez faire établir un
projet d'accueil individualisé
(PAI) visé par le médecin
scolaire, et prévenir
le directeur de l'accueil
de loisirs et le directeur
de l'école.

Le document est à retirer
à l'école de votre enfant.

Un PAI existe déjà :

☐ Oui

☐ Non

Si oui :

☐ PAI : régime alimentaire

☐ PAI : affection chronique
nécessitant des
précautions, traitements...

Je certifie avoir pris note et fourni l'ensemble
des informations indispensables à l'inscription
de mon enfant. Je m'engage à respecter le
règlement intérieur des accueils de loisirs.

DATE :

SIGNATURE :