



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERISCOLAIRE

*Veillez
agrafer une
photo
récente de
votre
enfant ici
(Facultatif
)*

➤ **L'ENFANT**

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant : Sexe : Féminin Masculin

Adresse de l'enfant :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

.....

Langue(s) parlée(s) à la maison : Religion :

.....(optionnel)

Choix:

Maternelle

- Toute Petite Section
- Petite Section
- Moyenne Section
- Grande Section

Cours Préparatoire

- CP

Date de vacances souhaitées:

➤ **LES PARENTS/TUTEURS DE L'ENFANTS** (cocher la personne à contacter en cas d'urgence).

PERE/TUTEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎Tél. Domicile :

☎Tél. Portable :

MERE/TUTRICE

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎Tél. Domicile :

☎Tél. Portable :

* **DEPART DE L'ENFANT** :

Nommez les personnes en dehors des parents et/ou tuteurs de l'enfant, autorisées à récupérer l'enfant.

1. Nom et prénom :

Adresse :

☎Tél. Domicile : ☎Tél. Portable :

Lien avec l'enfant :

➤ **AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE**

Nommez les personnes à contacter en cas d'urgence si les parents restent injoignables.

1. Nom et prénom :
Adresse :
☎Tél. Domicile : ☎Tél. Portable :
Lien avec l'enfant :

➤ **INFORMATIONS MEDICALES**

Nom du médecin traitant : ☎ Tél. :
Couverture sociale : **CAFAT** N° / **Mutuelle** N°.....
Autres

En cas d'urgence, si nous ne pouvons pas vous contacter, votre enfant devra t-il être conduit :

Hôpital ou clinique de référence :

➤ **HISTORIQUE MEDICAL**

Y-a-t-il des particularités médicales dont nous devons être informés :

Opérations :
Allergies :
Accidents :

Votre enfant est-il :

Epileptique oui / non * **Asthmatique oui / non *** **Diabétique oui / non ***

Instructions du médecin en cas de crise :
.....
.....

Malgré toute l'attention porté à votre enfant au sein de l'établissement, votre enfant ne passera pas au travers de petits 'bobos' survenant au cours de ses journées (bosses, griffures, morsures, foulures...). Dans le cas d'accident important ou de maladie nécessitant une intervention médicale d'urgence, tous les efforts seront fait pour contacter les parents/tuteurs avant toute intervention. Quoiqu'il en soit, si vous restez injoignable, il nous faut votre autorisation d'intervention d'urgence :

- Votre enfant est-il allergique au Doliprane/Advil : **oui / non ***

Poids de votre enfant : à la date du :
.....

- Nous/j' autorise le personnel d'Atout Bout Chou à :

- administrer du Doliprane à mon enfant. Si toutes les tentatives pour nous/me contacter échouent.

- en cas d'urgence médicalement justifiée, contacter les secours et autoriser ceux-ci à organiser tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

Date et signature (à faire précéder de la mention « lu et approuvé ») / /