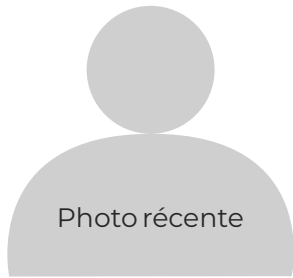


Insérer une photo récente



Fiche enfant

Réservé à l'administration

Code famille _____

Année scolaire _____



Identité de l'enfant

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Lieu de naissance _____ Dept/Pays : _____

Adresse _____

Enfant déjà scolarisé : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quelle école _____ classe _____

Responsables de l'enfant

PARENT/REPRÉSENTANT ①

☐ M. / ☐ Mme _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. fixe : _____

Tél. Portable _____

Mail _____

Lien de parenté avec l'enfant :

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal
☐ Autre : _____

Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve)
☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)

Garde alternée : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, semaine : ☐ Paire ☐ Impaire

PARENT/REPRÉSENTANT ②

☐ M. / ☐ Mme _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. fixe : _____

Tél. Portable _____

Mail _____

Lien de parenté avec l'enfant :

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal
☐ Autre : _____

Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve)
☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)

Garde alternée : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, semaine : ☐ Paire ☐ Impaire

AUTRE(S) PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À REPRENDRE L'ENFANT

Personnes majeures autorisées à prendre en charge l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence.

☐ M. / ☐ Mme _____

Prénom _____

Tél. : _____

Lien de parenté _____

☐ M. / ☐ Mme _____

Prénom _____

Tél. : _____

Lien de parenté _____

Médecin traitant..... Tél.....

Allergie(s) alimentaire(s) : ☐ oui ☐ non - Si oui préciser.....

Allergie(s) médicamenteuse(s) : ☐ oui ☐ non - Si oui préciser.....

Autre(s) allergie(s) (pollen, acarien, animal) : ☐ oui ☐ non - Si oui préciser.....

BESOINS PARTICULIERS :

Votre enfant bénéficie-t-il d'une AVS ☐ oui ☐ non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une AESH ☐ oui ☐ non
(si oui, merci de joindre la notification MDPH)

Votre enfant a-t-il besoin d'être accompagné
lors des services périscolaires ou extrascolaires ☐ oui ☐ non

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole ☐ oui ☐ non

Varicelle ☐ oui ☐ non

Angine ☐ oui ☐ non

Coqueluche ☐ oui ☐ non

Otite ☐ oui ☐ non

Rougeole ☐ oui ☐ non

Oreillons ☐ oui ☐ non

Scarlatine..... ☐ oui ☐ non

Rhumatisme articulaire aigu ☐ oui ☐ non

L'enfant porte-t-il des : ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires

L'enfant a-t-il une maladie, un besoin particulier ? (prise de médicaments, accompagnement spécifique...)

Lors de l'inscription, le représentant légal devra signaler toute situation particulière de l'enfant (problème de santé, allergie, situation familiale problématique...). Un temps d'échange avec le coordinateur permettra de fixer les modalités d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) et les conditions d'accueil.

RÉGIME ALIMENTAIRE

☐ Aucun

☐ Sans viande

☐ Sans porc

☐ Panier repas (*)

(*) Dans le cadre de la mise en place d'un protocole d'accueil individualisé (PAI)

Autorisations

Autorisez-vous votre enfant de plus de 6 ans à quitter seul l'établissement à l'issue de l'accueil du soir, du mercredi ou de loisirs ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant peut-il participer aux activités / sorties proposées par la ville de Douai (piscine, visite...) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisez-vous la prise de vue / de vidéo de votre enfant ainsi que leurs publication et diffusion sur les supports de la ville de Douai ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisez-vous le responsable de l'activité à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie) ? Si oui , lieu de préférence pour une hospitalisation :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON