

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022/23 – MAIRIE DE PERS-JUSSY – SERVICE ENFANCE JEUNESSE

ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

PHOTO
 DE
 L'ENFANT

PERE

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :

TEL FIXE :
MOBILE :
PRO :
LIEU TRAVAIL :
MAIL :

MERE

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :

TEL FIXE
MOBILE :
PRO :
LIEU TRAVAIL :
MAIL :

N° ALLOCATAIRE :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autres que les parents) :

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	LIEN A L'ENFANT

ENFANT DE + DE 6 ANS AUTORISE A QUITTER LE PERISCOLAIRE OU LE CENTRE DE LOISIRS SEUL : OUI OU NON

FAIT LE :

SIGNATURE :

FICHE MEDICALE 2021/22 – MAIRIE DE PERS-JUSSY – SERVICE ENFANCE JEUNESSE

NOM : _____ **PRENOM :** _____
SEXE : FEMININ / MASCULIN
DATE DE NAISSANCE : _____
GROUPE SANGUIN : _____

DATE DES DERNIERS RAPPELS DE VACCINS (Copie du carnet de vaccination obligatoire)

D.T.Polio	Coqueluche	Haemo Infl. b	Pneumocoque	Hépatite B	R.O.R	Meningocoque

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

L'ENFANT A-T-IL **DES ALLERGIES CONNUES** ? SI OUI, PRECISEZ et INDIQUEZ LA CONDUITE A TENIR SI NECESSAIRE :

L'ENFANT A-T-IL ou A-T-IL EU **DES DIFFICULTES DE SANTE** ? (MALADIE, ACCIDENT, HOSPITALISATION, OPERATION, ...)

L'ENFANT A-T-IL UN **TRAITEMENT EN COURS** ?

L'ENFANT BENEFICIE T-IL D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (**P.A.I.**) ?

MEDECIN TRAITANT :

NOM : _____
ADRESSE : _____
TEL : _____

Je soussigné _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Service Enfance à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant pendant toute l'année scolaire en cours.

Date : _____

Signature : _____