

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023 – MAIRIE DE PERS-JUSSY – SERVICE ENFANCE JEUNESSE

Enfant : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	
NOM :	PRENOM :
Né(e) le :	
ECOLE FREQUENTEE :	Classe :
NUMERO CAF :	

PHOTO
DE
L'ENFANT

RESPONSABLES LEGAUX

Parent 1: Mère Père Autorité parentale Oui Non
 Situation familiale : Marié(e) Célibataire Séparé(e) Concubin Pacsé(e) Veuf(ve)

Nom de naissance : -----
 Nom d'usage : -----
 Prénom : -----
 Adresse : -----
 Code Postal :----- Commune : -----
 Portable :----- Téléphone domicile : -----
 Mail -----

Profession : -----
 Employeur : -----
 Numéro de travail : -----

Parent 2: Mère Père Autorité parentale Oui Non
 Situation familiale : Marié(e) Célibataire Séparé(e) Concubin Pacsé(e) Veuf(ve)

Nom de naissance : -----
 Nom d'usage : -----
 Prénom : -----
 Adresse : -----
 Code Postal :----- Commune : -----
 Portable :----- Téléphone domicile : -----
 Mail -----

Profession : -----
 Employeur : -----
 Numéro de travail : -----

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	LIEN A L'ENFANT

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autre 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**

Précisez les jours et heures :

FAIT LE :

SIGNATURES :

FICHE MEDICALE 2023 – MAIRIE DE PERS-JUSSY – SERVICE ENFANCE JEUNESSE

NOM : _____ **PRENOM :** _____

GENRE : FEMININ / MASCULIN

DATE DE NAISSANCE et LIEU DE NAISSANCE : _____

GROUPE SANGUIN : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

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 BENEFICIE-T-IL D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I ? **(Obligatoire en cas d'allergie ou traitement)**

- Allergies :

- Traitement :

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

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 :