


## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

 <p><b>LE SERVICE PERISCOLAIRE DE LA MAIRIE DE MOUXY</b></p> <p>Ecole primaire Simone VEIL</p> <p>Année 2020-2021</p>
--

L'ENFANT	
<b>NOM</b>	
<b>PRENOM</b>	
<b>Classe</b> <small>réservé à la mairie</small>	

LA MERE	
<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Ville</b>	
<b>Code postal</b>	
<b>Tél portable</b>	
<b>Tél domicile</b>	
<b>Tél travail</b>	
<b>Email</b>	
<b>Emploi</b>	

LE PÈRE	
<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Adresse :</b> <small>si différente</small>	
<b>Ville</b>	
<b>Code postal</b>	
<b>Tél portable</b>	
<b>Tél domicile</b>	
<b>Tél travail</b>	
<b>Email</b>	
<b>Emploi</b>	

votre enfant est en garde alternée souhaitez-vous avoir chacun un compte eticket pour gérer indépendamment vos inscriptions et vos factures	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

PERSONNES AUTORISEES A REPREDRE L'ENFANT		
Cela concerne les enfants de maternelle (après la classe ou la garderie) et les enfants d'élémentaire (inscrits en garderie)		
Nom et Prénom	Lien	n° téléphone

AUTORISATIONS		
En cas d'absence ou de retard à 11h30 et 16h30 j'autorise l'enseignant à prendre la responsabilité d'inscrire mon enfant au service périscolaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise le service périscolaire à prendre des photographies de mon enfant durant des activités périscolaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON

ASSURANCE	
Nom de l'assureur	
adresse	
N° contrat	

**Important :** Chaque parent doit prendre connaissance du règlement du service cantine garderie mis en ligne sur eticket quelques jours avant la rentrée scolaire

## FICHE SANITAIRE

### L'ENFANT

NOM		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Nom du médecin		Tél du médecin	

### EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (e) .....responsable légal de l'enfant, autorise :

- le personnel cantine-garderie à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence.
- Le service d'urgence à accomplir tout geste ou intervention chirurgicale d'urgence nécessité par l'état de santé de mon enfant avant mon arrivée.

A ....., le .....

Signature

**Important :** Lorsque les pompiers interviennent , un bilan médical est établi par téléphone avec le 15 (SAMU) qui décide du transfert de l'enfant vers l'hôpital de rattachement (Centre Hospitalier d'Aix-les Bains) ou vers le centre hospitalier de Chambéry qui dispose d'un service pédiatrique. Dans tous les cas les parents sont contactés immédiatement.

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom	Lien	n° téléphone

### VACCINATION OBLIGATOIRE

D.T.Polyo (Dyphtérie - Tétanos - Polyomyélite)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON
Date du dernier rappel		

### ALLERGIES - PAI - TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui précisez		
L'enfant a-t-il un PAI ? (protocole médical avec traitement)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui précisez le motif du PAI		
L'enfant a-t-il une allergie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui précisez		

### REGIME ALIMENTAIRE

sans viande	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
sans porc	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
autre : précisez	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON