 **ACCUEIL PÉRISCOLAIRE**

**(matin, restaurant scolaire et soir)**

**Fiche sanitaire 2025-2026**

**NOM et prénom de l’enfant** :

……………………………………………………...................................................

Email de contact pour le portail famille (merci d’écrire en **majuscule**)

…………………………………………………..@.................................................

**La famille**

**Parent n°1 ou le tuteur légal** :

Autorité parentale :  oui  non

Nom :………………………………………………………..

Prénom :……………...………………………................

Adresse :……………………………………...……………………………………………………………………………..

Domicile : …./…./…./…./….

 Portable : …./…./…./…./….

 Travail : …./…./…./…./….

**Parent n°2 ou le tuteur légal** :

Autorité parentale :  oui  non

Nom :………………………………………………………..

Prénom :……………...………………………................

Adresse :……………………………………...……………………………………………………………………………..

Domicile : …./…./…./…./….

 Portable : …./…./…./…./….

 Travail : …./…./…./…./….

**L’enfant**

**Renseignements concernant l’enfant :**

Nom de l’élève : ………………………………………….

Prénom :……………………………………………………

Date de naissance : ……./….…. /20……

Adresse :…………………………………………………………………………………………………………………..

Etablissement :

 Maternelle

 Élémentaire

Classe :

………………………………………………………………

**Renseignements médicaux**

**Médecin traitant** :

Nom :…………………………………………………………………Prénom : ………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………...tél. : …./…./…./…./….

**Maladies** :

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

rubéole varicelle scarlatine angine otite coqueluche rougeole oreillons

**Allergie :**

 alimentaire  médicamenteuse - **Merci de nous préciser la nature de ou des allergie(s)**

Pour le protocole d’accueil individualisé (PAI) merci de fournir le document ainsi que les médicaments aux accueils périscolaires élémentaire ou maternelle (obligatoire).

**Régimes alimentaires spécifiques :** **(attention si cette partie n’est pas complétée, les services ne pourront pas prendre en compte les régimes alimentaires)**

Sans porc :  Si autre, précisez :…………………………………………………………………………..

**Recommandations utiles :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? A-t-il eu des difficultés de santé (maladies, accident, hospitalisation, opération, rééducation, crises convulsives, etc…) ?

**Personne(s) habilitée(s) (autres que les parents)**

**A prendre en charge l’enfant après l’accueil (famille, amis, voisins…) sur présentation d’une pièce d’identité. Un enfant de moins de 18 ans n’est pas autorisé à récupérer un autre mineur sauf dérogation expresse et écrite des parents.**

Nom :…………………………… Nom :………………………….. Nom :…………………………..

Prénom :……………………… Prénom :……………………… Prénom :………………………

tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./….

Nom :…………………………… Nom :………………………….. Nom :…………………………..

Prénom :……………………… Prénom :……………………… Prénom :………………………

tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./….

Nom :…………………………… Nom :………………………….. Nom :…………………………..

Prénom :……………………… Prénom :……………………… Prénom :………………………

tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./….

**Personnes à prévenir en cas d’urgence (autres que les parents)**

Nom :…………………………… Nom :………………………….. Nom :…………………………..

Prénom :……………………… Prénom :……………………… Prénom :………………………

tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./….

Nom :…………………………… Nom :………………………….. Nom :…………………………..

Prénom :……………………… Prénom :……………………… Prénom :………………………

tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./…. tél. : …./…./…./…./….

**Autorisation**

Je soussigné(e) ……………………………………………………agissant en qualité de père, mère ou tuteur légal désigné par décision de justice ou décision administrative, autorise mon fils/ ma fille :

* A être pris en photo ou en vidéo :

oui non

* se rendre à pied sur le temps de restauration et sur les temps périscolaires dans les différentes structures d’accueil, accompagné des animateurs / animatrices.
* Autorise le responsable de l’activité à prendre le cas échéant, toutes les mesures d’urgence. Un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté (SAMU). La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de sa famille.
* **Je fournis l’attestation d’assurance scolaire 2025-2026 avec cette fiche.**

Je soussigné(e) ……………………………………………………, responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Vaugrigneuse, le :

Signature du parent n°1 : Signature du parent n°2 : Signature du tuteur légal :