



## Fiche individuelle

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Ecole ou accueil de loisirs : \_\_\_\_\_ Classe ou groupe d'âges : \_\_\_\_\_

### Informations médicales

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

Protocole d'accueil individualisé : \_\_\_\_\_

### Assurance

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

| Prénom | Nom | Lien de parenté | Téléphone | Mobile |
|--------|-----|-----------------|-----------|--------|
|        |     |                 |           |        |
|        |     |                 |           |        |

### Informations complémentaires

|   |                              |                              |  |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| Autorise à partir seul                          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |  |
| Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |  |
| Autorise la prise de photo                      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |  |
| Autorise la participation aux sorties scolaires | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |  |
| Port de lunettes                                | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |  |
| Port d'un appareil dentaire                     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |  |
| Port d'un appareil auditif                      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |  |

### Pratiques alimentaires

| Type de régime | Commentaires |
|----------------|--------------|
|                |              |





Mairie d'Andilly

01 34 16 05 32

service.scolaire@mairie-andilly.fr

## Fiche de la famille

### Responsable

Civilité :

Prénom :

Nom :

#### Situation

Qualité\* :

Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

#### Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

#### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

#### Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : \*

Employeur :

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

#### Organismes Tiers

N° CAF :

N° MSA :

Régime\* :

\* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

#### Autorisations

Information par mail\* :

Information par SMS\* :

\* Oui / Non

### Conjoint

Civilité :

Prénom :

Nom :

#### Situation

Qualité\* :

Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

## Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

## Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

## Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : \*

Employeur :

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

## Autorisations

Information par mail \* :

Information par SMS \* :

\* Oui / Non

## Données complémentaires

Date et signature

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS ( se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie             |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | BCG                        |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <p><b>RUBÉOLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>    | <p><b>VARICELLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> | <p><b>ANGINE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>   | <p><b>RHUMATISME<br/>ARTICULAIRE AIGÛ</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> | <p><b>SCARLATINE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> |
| <p><b>COQUELUCHE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> | <p><b>OTITE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>     | <p><b>ROUGEOLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> | <p><b>OREILLONS</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>                       |   |

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---



Mairie d'Andilly  
01.34.16.05.32  
[service.scolaire@mairie-andilly.fr](mailto:service.scolaire@mairie-andilly.fr)

## FICHE D'INSCRIPTION

- Garderie matin (inscription annuelle régulière)**  
Planning semaine à cocher

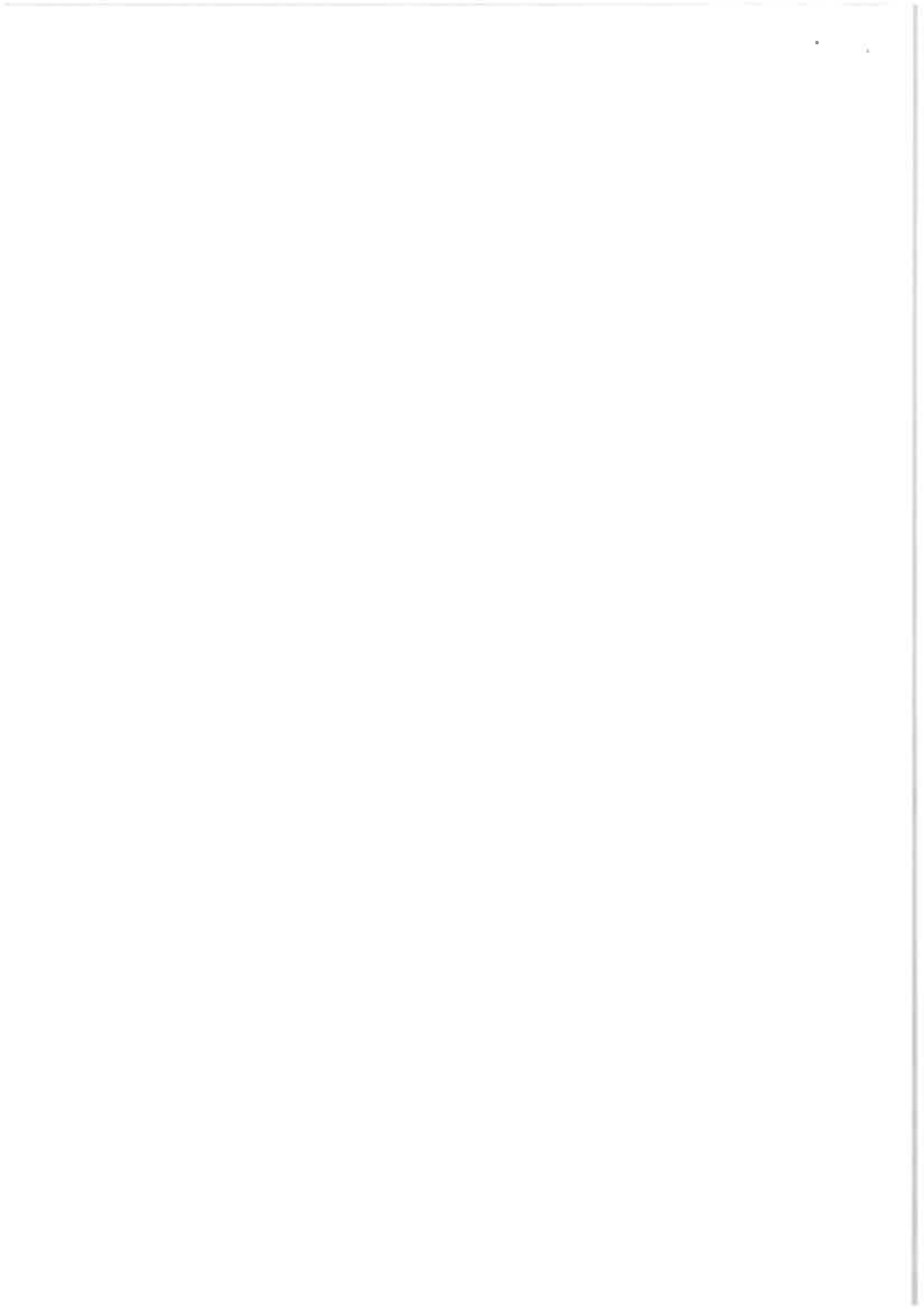
| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|-------|-------|-------|----------|
|       |       |       |          |

- Garderie soir (inscription annuelle régulière)**  
Planning semaine à cocher

| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|-------|-------|-------|----------|
|       |       |       |          |

- Restaurant scolaire (inscription annuelle régulière)**  
Planning semaine à cocher

| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|-------|-------|-------|----------|
|       |       |       |          |







### **Déclaration sur l'honneur**

Je soussigné .....  
déclare accepter le règlement 2018/2019 relatif à  
l'organisation et au fonctionnement des prestations  
scolaires et périscolaires.

Fait à Andilly, le

Signature



### **Le droit à l'image**

La Ville d'Andilly réalise parfois des photos, des enregistrements sonores ou des vidéos.

J'autorise la ville d'Andilly à photographier, enregistrer ou filmer mon enfant et à diffuser dans toutes les publications municipales, notamment le site internet de la ville, pour des expositions et dans la presse, l'image ou le film représentant mon enfant, aux fins de communication, d'information, de pédagogie, d'illustration ou d'exposition.

Cette autorisation est valable pour la durée de validité de l'année scolaire. Elle est donnée à titre gratuit pour un nombre illimité de reproductions de représentations. L'autorisation est révoquée à tout moment (par courrier) moyennant un préavis de 1 mois

Fait à Andilly, le

Signature

