



Fiche de renseignements et sanitaire 2024-2025

Mairie de Vicq - Service Enfance Jeunesse

97 rue de Fresnes 59970 Vicq 03 27 27 32 29 Mail : enfancejeunesse@ville-vicq.fr

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : Masculin Féminin

Ecole :

Classe :

Assurance Extrascolaire : Oui Non

RESPONSABLE LEGAUX DE L'ENFANT

1 Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Situation familiale : Marié Pacsé

divorcé Célibataire Vie Maritale

Profession :

Tél (Travail) :/...../...../...../.....

Mail :

2 Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Situation familiale : Marié Pacsé

divorcé Célibataire Vie Maritale

Profession :

Tél (Travail) :/...../...../...../.....

RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRES

Allocataire : Madame

Monsieur

N° d'allocataire :

Coéfficient Familial :

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Tél :/...../...../...../.....

Nom :

Prénom :

Qualité :

Tél :/...../...../...../.....

Nom :

Prénom :

Qualité :

Tél :/...../...../...../.....

VACCINATIONS

Veillez joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé (Nom et Prénom)

Obligatoires*

Diphtérie*/...../.....

Tétanos*/...../.....

Poliomyélite*/...../.....

Recommandées

Hépatite B/...../..... BCG/...../.....

Rubéole-Oreillons-Rougeole/...../.....

Coqueluche/...../.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui* Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans l'emballage d'origine

Fiche de renseignements et sanitaire 2024-2025 (VERSO)

TROUBLES DE SANTE

Allergies ou régime alimentaires : Oui* Non *Précisez :

Allergies médicamenteuses Oui* Non *Précisez la cause :

Autres allergies : Oui* Non *Précisez la cause :

Asthme : Oui Non Epilepsie Oui* Non

Diabète : Oui Non Autres : Oui* Non *Précisez :

*Si vous avez coché "oui" ci-dessus, veuillez joindre un certificat médical avec la conduite à tenir

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE

Les indiquer ci-dessous (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération,...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Votre enfant porte :

des lunettes Oui Non des lentilles Oui Non

des prothèses auditives Oui Non dentaire : Oui Non

autre, précisez :

Nom du médecin traitant : Tél :/...../...../...../.....

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à partir seul aux heures de sorties pour l'accueil de loisirs, les ateliers et la garderie du soir :

Oui Non

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé en groupe :

Oui Non

J'accepte que les photos et/ou films la presse locale Oui Non
soient diffusés dans : les réseaux sociaux Oui Non
la communication mairie Oui Non
(vicq info, diaporamas...)

J'accepte que mon enfant soit acheminé, dans le cadre d'activité ou de sortie, en car ou en minibus par une société de transport ou les animateurs :

Oui Non*

*Si vous avez coché "non", votre enfant ne pourra pas participer aux sorties et être accueillis ces jours-là.

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant :

-certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche,

-autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant,

-déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des l'activités à laquelle mon enfant est inscrit et en respecter les conditions,

-autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs des accueils de loisirs, lorsque mon enfant est inscrit à ces activités.

Fait à Vicq, le/...../.....

Signature du responsable légal :