

# Fiche sécurité (20 /20 )

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

**Enfant** :  fille  garçon Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Assurance (nom et numéro) : \_\_\_\_\_

**Parent 1 de l'enfant** :  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_

**Parent 2 de l'enfant** :  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_

**Accueil :**

- Accueil du matin  Accueil du soir et/ou étude  
 Restauration

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre obligatoirement les photocopies du carnet de vaccinations (2 pages)

Vaccins obligatoires	oui / non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui / non		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

**II - Renseignements médicaux :**

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

PAI :  oui  non Description PAI : \_\_\_\_\_

Allergies : médicamenteuses  oui  non asthme  oui  non  
 alimentaires  oui  non autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

**IV - Droit au son et à l'image :**

Je soussigné(e), (nom, prénom) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_, autorise le service Périscolaire de la commune de Thil à diffuser les photographies/vidéo/bandes sonores prises lors du temps périscolaire représentant mon enfant, à titre gratuit, selon les modes de diffusion de la mairie de Thil.

Autorisation consentie pour une durée de 10 ans. J'ai été informé que les images et sons ne seront pas utilisés dans un but commercial et reconnais que les utilisations ci-dessus énoncées ne portent pas atteinte à ma vie privée et ne me portent pas préjudice

Date :

Signature :

**V – Contact (s) :**

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) :**

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone :

**Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant  
(autre que les parents) :**

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone :

**VI – Décharge de responsabilité :**

**A remplir uniquement si vous désirez autoriser votre enfant à quitter les services périscolaires, accompagné d'un mineur membre de la fratrie (périscolaire et étude)**

Je soussigné(e), (nom, prénom) \_\_\_\_\_ ,  
responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_ ,  
l'autorise :

A quitter la structure d'accueil périscolaire de la commune de Thil, accompagné de :

Son frère mineur, nom/prénom : \_\_\_\_\_ ,  
âge : \_\_\_\_\_

Sa sœur mineure, nom/prénom : \_\_\_\_\_ ,  
âge : \_\_\_\_\_

**Date :**

**Signature :**

**VII – Autorisation des parents :**

Je soussigné(e), (nom, prénom) \_\_\_\_\_ ,  
Responsable légal de l'enfant :

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et les sorties pratiquées par les services périscolaires de la ville de Thil

Autorise le personnel d'encadrement à faire donner à mon enfant les soins que son état de santé pourrait nécessiter

Autorise également le personnel d'encadrement, en cas d'urgence, à faire hospitaliser mon enfant

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes (obligatoire)

**VIII – Responsable légal de l'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Père  Mère

Adresse :

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

Je soussigné(e), (nom, prénom) \_\_\_\_\_ responsable  
légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_