

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE
RESTAURATION SCOLAIRE – ACCUEIL PERISCOLAIRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F – M (*)

Date de naissance : Classe :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Responsable légal : père – mère – tuteur (*) – famille d'accueil

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone du domicile : Numéro de portable :

Adresse mail :

Numéro de l'employeur : Nom de l'employeur :

Autre parent : père – mère – tuteur (*) – famille d'accueil

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone du domicile : Numéro de portable :

Adresse mail :

Numéro de l'employeur : Nom de l'employeur :

Autre personne à contacter en cas d'indisponibilité des parents :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone du domicile : Numéro de portable :

Personnes autorisées à venir rechercher l'enfant au sein des structures périscolaires :

- Nom : Titre :

- Nom : Titre :

- Nom : Titre :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergie alimentaire / Traitement médical : si oui, lequel :

L'inscription est conditionnée par la validation du protocole d'accueil par la communauté de communes.

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) joint : OUI NON

Nom du médecin traitant : Numéro de téléphone :

Nom de l'allergologue : Numéro de téléphone :

J'autorise les agents de la communauté de communes de la Hague présents à administrer les premiers soins à mon enfant et à le faire transporter à l'hôpital en cas d'urgence.

En cas de modification des renseignements indiqués ci-dessus, pensez à prévenir le département Education de la communauté de communes de la Hague.

Signature du responsable légal

(*) Barrer les mentions inutiles