

FICHE ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom : Âge :

Adresse : Date de naissance :

..... Garçon Fille

..... Nationalité :

SCOLARITÉ

Etabl. Scolaire:

Classe :

Instituteur :

REPAS SPÉCIAUX

Repas végétarien à base de plats protéinés (Poisson ou œuf)

Si votre enfant ne mange pas de porc, un repas végétarien lui sera proposé

AUTORISATIONS

- J'autorise la Ville de St-Julien à **photographier ou filmer** mon enfant et à utiliser son image dans le cadre exclusif de la promotion des actions de la Ville : **oui** **non**
- J'autorise mon enfant à **rentrer seul** à la fin des activités ou à la descente du car : **oui** **non**

L'inscription à un accueil éducatif implique de fait la participation de votre enfant à toutes les activités, sorties, animations intérieures et extérieures proposées. Il sera amené à utiliser les transports collectifs et individuels nécessaires aux déplacements sur les lieux d'activités.

PERSONNES AUTORISÉES OU NON À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Non autorisée	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Je soussigné (e), déclare avoir pris connaissance du **règlement des accueils éducatifs** de la Ville de St-Julien-en-Genevois et **m'engage à le respecter**. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et je m'engage à informer les services communaux de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant. J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à le Signature

FICHE MÉDICALE

Nom du père :	Prénom :	Nom de la mère :	Prénom :
Tél. urgence père :		Tél. urgence mère :	
ALLERGIES <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Médicamenteuses		<input type="checkbox"/> PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) Coordonnées du médecin traitant Nom : Tél. :	

TRAITEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit un traitement médical ? oui non

Si oui, lequel :

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 administré sans ordonnance.

VACCINATION : COPIE CARNET DE SANTE OBLIGATOIRE

	Vaccin	Fait le	Prochain rappel	Commentaires
<input type="checkbox"/>	Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite			Obligatoire
<input type="checkbox"/>	Rougeole – Oreillons - Rubéole			Obligatoire (2018)
<input type="checkbox"/>	Hépatite B			Obligatoire (2018)
<input type="checkbox"/>	Coqueluche			Obligatoire (2018)
<input type="checkbox"/>	Méningocoque C			Obligatoire (2018)
<input type="checkbox"/>	Pneumocoque			Obligatoire (2018)
<input type="checkbox"/>	Haemophilus Influenzae B			Obligatoire (2018)

Je soussigné (e), déclare avoir pris connaissance du **règlement des accueils éducatifs de la Ville de St-Julien-en-Genevois et m'engage à le respecter**. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et je m'engage à informer les services communaux de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant. J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à

le

Signature