

FICHE ENFANT ELEMENTAIRE

Nom :		Prénom :		Classe :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de Naissance:			
Restauration scolaire	Accueil surveillé		Accueil Matin	Mercredi Accueil matin	
	16h30 à 18 h00	16h30 à 18h30*	7h00 à 8h20	7h00 à 12h30	7h00 à 11h30 + Lèves
<input type="checkbox"/> Forfait 1 <input type="checkbox"/> Forfait 2 <input type="checkbox"/> Forfait 3 <input type="checkbox"/> Forfait 4 <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ou <input type="checkbox"/> Planning
	Départ : 17h - 17h30 - 18h00	* échelonné de 18h00 à 18h30		Arrivée: de 7h00 à 9h00 Départ: de 11h30 à 12h30	Arrivée : de 7h00 à 9h00 Départ à Lèves à 11h30
AUTORISATION DE PARTIR SEUL(E) A LA FIN DE L'ACTIVITE (seulement pour les élémentaires)					
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Je soussigné (e) _____ autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.					
Fait à : _____ le :			Signature : _____		

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	
(Possibilité de transmettre ces informations sous une enveloppe cachetée)	
Médecin de famille	Nom: _____ Téléphone : _____
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes:	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Méningite
Spécificités alimentaires :	
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement en cours, précisez	
L'enfant a-t-il un PAI en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, pour quelle pathologie ?	
Il convient de mettre en place un PAI (cf première page du dossier) pour tout signalement d'un problème de santé	
L'enfant présente-t-il un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, appareils dentaires etc ...	

FICHE ENFANT MATERNELLE

Nom :		Prénom :		Classe :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de Naissance:			
Restauration scolaire	Accueil Matin	Accueil soir	Mercredi		
	7h00 à 8h20*	16h30 à 18h30	7h00 à 12h30*	7h00 à 18h30*	
<input type="checkbox"/> Forfait 1 <input type="checkbox"/> Forfait 2 <input type="checkbox"/> Forfait 3 <input type="checkbox"/> Forfait 4 <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ou <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ou <input type="checkbox"/> Planning	
				*Arrivée: de 7h00 à 9h00 Départ: de 11h30 à 12h30	*Arrivée : de 7h00 à 9h00 Départ: de 17h à 18h30

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	
(Possibilité de transmettre ces informations sous une enveloppe cachetée)	
Médecin de famille	Nom: _____ Téléphone : _____
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes:	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Méningite
Spécificités alimentaires :	_____
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement en cours, précisez	_____
L'enfant a-t-il un PAI en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, pour quelle pathologie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Il convient de mettre en place un PAI (cf première page du dossier) pour tout signalement d'un problème de santé	
L'enfant présente-t-il un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, appareils dentaires etc ...	_____