

**FICHE RENSEIGNEMENTS ENFANT  
2017/2018  
Secteur de Nuits-Saint-Georges**

**1 – ENFANT**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Sexe :** Masculin  Féminin

**Ecole fréquentée et classe suivie à la rentrée 2017-2018 :**

Agencourt  Bernard Barbier  Comblanchien  Corgoloin  Henri Challand  La Fontaine  Marie Maignot  
 Pôle Htes Côtes  Pôle de la forêt  Pôle de la Vouge  St Symphorien  Vosne-Romanée

Autres : .....

**Niveau :** TPS  - PS  - MS  - GS  - CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2  - Classe ULIS

Autres A préciser (collège/lycée) .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom et prénom : ..... Lien de parenté avec l'enfant : .....

Tél : .....

Nom et prénom : ..... Lien de parenté avec l'enfant : .....

Tél : .....

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**Vaccinations obligatoires**

Les vaccins de mon enfant (Diphtérie-Poliomyélite-Tétanos-Tuberculose) sont à jour OUI  NON

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre obligatoirement un certificat médical de contre indication.

Autres vaccins.....

**Allergie(s) alimentaire(s) OUI  NON**

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

**Allergie(s) médicamenteuse(s) OUI  NON**

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

**Autres allergies ou pathologies OUI  NON**

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI à l'école ? OUI  NON

**Pour toute allergie ou problème de santé, prendre contact avec le service périscolaire**

**Régime alimentaire :** sans porc OUI  NON  sans viande OUI  NON

**3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, auditives, etc...

Précisez :

Votre enfant bénéficie de la présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) sur le temps scolaire OUI  NON

**4 – MEDECIN TRAITANT**

Nom, prénom, adresse, N° de téléphone : .....

Je soussigné(é).....

responsable(s) légal(aux) de l'enfant.....

☞ déclare(ent) exacts les renseignements portés sur la présente « fiche renseignement »,

☞ m'engage(ent) à signaler toute modification des renseignements fournis

☞ autorise(ent) le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (notamment appel des secours, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☞ autorise(ent) la prise de photos et/ou vidéos de mon enfant lors de sa présence dans les différentes structures OUI  NON , la diffusion sur les réseaux sociaux de la Communauté de Communes uniquement OUI  NON ,

leurs publications dans la presse OUI  NON .

Fait à  
Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Le

**FICHE RENSEIGNEMENTS ENFANT  
2017/2018  
Secteur de Gevrey-Chambertin**

**1 – ENFANT**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Sexe :** Masculin  Féminin

**Ecole fréquentée et classe suivie à la rentrée 2017-2018 :**

Brochon  Chamboeuf  Couchey  Fixin  Gevrey-Chambertin  L'Etang-Vergy  Morey-St-Denis

Autres : .....

**Niveau :** TPS  - PS  - MS  - GS  - CP  - CE1  - CE2  - CM1  - CM2  - Classe ULIS

Autres A préciser (collège/lycée) .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom et prénom : ..... Lien de parenté avec l'enfant : .....

Tél : .....

Nom et prénom : ..... Lien de parenté avec l'enfant : .....

Tél : .....

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**Vaccinations obligatoires**

Les vaccins de mon enfant (Diphtérie-Poliomyélite-Tétanos-Tuberculose) sont à jour OUI  NON

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre obligatoirement un certificat médical de contre indication.

Autres vaccins.....

**Allergie(s) alimentaire(s) OUI  NON**

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

**Allergie(s) médicamenteuse(s) OUI  NON**

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

**Autres allergies ou pathologies OUI  NON**

Si oui, à préciser.....et établir un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel)

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI à l'école ? OUI  NON

**Pour toute allergie ou problème de santé, prendre contact avec le service périscolaire**

**Régime alimentaire :** sans porc OUI  NON  sans viande OUI  NON

**3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, auditives, etc...

Précisez :

Votre enfant bénéficie de la présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) sur le temps scolaire OUI  NON

**4 – MEDECIN TRAITANT**

Nom, prénom, adresse, N° de téléphone : .....

Je soussigné(é).....

responsable(s) légal(aux) de l'enfant.....

☞ déclare(ent) exacts les renseignements portés sur la présente « fiche renseignement »,

☞ m'engage(ent) à signaler toute modification des renseignements fournis

☞ autorise(ent) le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (notamment appel des secours, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☞ autorise(ent) la prise de photos et/ou vidéos de mon enfant lors de sa présence dans les différentes structures OUI  NON

la diffusion sur les réseaux sociaux de la Communauté de Communes uniquement OUI  NON

leurs publications dans la presse OUI  NON .

Fait à .....  
Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Le