

<p style="text-align: center;">FICHE DE</p> <p style="text-align: center;">RENSEIGNEMENTS</p> <p style="text-align: center;">2026/2027</p>	<p style="text-align: center;">1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p> <p>GROUPE SCOLAIRE : _____ CLASSE : _____</p>
---	---

<p>2 – VACCINATIONS</p> <p><input type="checkbox"/> Je joins obligatoirement la photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant. ou</p> <p><input type="checkbox"/> Je joins obligatoirement une attestation de vaccinations de l'enfant rédigée par son médecin.</p>

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<p>Rubéole</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Varicelle</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Angine</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Scarlatine</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Coqueluche</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Otite</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Rougeole</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oreillons</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Rhumatisme articulaire aigu</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	

<p>Votre enfant a-t-il des allergies ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Asthme</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Alimentaires</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Médicamenteuses</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
---	--	--	---

<p>Précisez la cause de l'allergie :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Votre enfant a-t-il un traitement médical en cours ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

<p>◆ Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI : Projet d'Accueil Individualisé : si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicaments ou qu'il a besoin de traitements particuliers sur les temps périscolaires, il est nécessaire d'élaborer un PAI.</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p>◆ Votre enfant bénéficie-t-il de l'accompagnement d'AESH (<i>Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap</i>) ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p>◆ Votre enfant bénéficie-t-il de l'AAEH (<i>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé</i>) ? Merci de nous transmettre l'attestation CAF ou MDPH</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>

- ◆ Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

- ◆ Autres (lunettes, prothèses...) :

4 – RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS

- ◆ Votre enfant mange t-il du porc ?

Oui

Non

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

❶ Nom : _____

Prénom : _____

Adresse :

Tél. : _____

Tél. : _____

❷ Nom : _____

Prénom : _____

Adresse :

Tél. : _____

Tél. : _____

6 – AUTORISATIONS

- ◆ J'autorise mon enfant à être pris en photo et apparaître sur tout support de communication de la ville de Saint-Priest (Magazine Couleurs, site internet...)

Oui

Non

- ◆ J'autorise mon enfant d'élémentaire à rentrer seul après le temps récréatif (à 17h00) ou après le temps périscolaire du soir (à 18h00)

Oui

Non

- ◆ J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées pendant le temps périscolaire (stade, gymnase...)

Oui

Non

7 – ATTESTATION RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie : _____

N° de contrat : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :
