



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Service Enfance Jeunesse - Accueils de loisirs

Fiche à renseigner **OBLIGATOIREMENT** pour l'accueil de chaque enfant des personnels prioritaires, à compter du mardi 6 avril 2020  
(1 fiche par enfant)

- matin/soir
- CL Schuman
- CL Lardy
- CL Boissy S/St Y
- cantine

### L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....  Garçon  Fille

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

@ mère : (EN MAJUSCULE SVP) .....

@ père : (EN MAJUSCULE SVP) .....

École (nom) : ..... Commune : ..... Classe (sept 2020): .....

### LES RESPONSABLES LÉGAUX

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

En qualité de  père  mère  tuteur

Adresse \* : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Employeur : .....

Tél travail : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

En qualité de  père  mère  tuteur

Adresse \* : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Employeur : .....

Tél travail : .....

\* si différente de l'enfant

### LES AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et prénom :	En qualité de (frère, grand parent...)	Tél : (obligatoire)	a joindre en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Tourner la feuille SVP

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX EN CAS D'HOSPITALISATION

Nom de la compagnie d'assurance Responsabilité civile : .....

Date du dernier rappel du vaccin DT Polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) : .....

L'enfant n'est pas vacciné, je joins un certificat de contre-indication.

Observations à porter à la connaissance du personnel médical : .....

## AUTRES RENSEIGNEMENTS À PORTER À LA CONNAISSANCE DE L'ÉQUIPE

L'enfant porte  des lunettes  des lentilles  des prothèses : .....

L'enfant ne peut pas pratiquer certaines activités physiques, je joins un certificat de contre-indication.

L'enfant a une intolérance alimentaire\* qui ne nécessite pas la prise immédiate de médicaments (*par ex.: réaction cutanée, vomissements, sans qualification d'urgence*) Type d'intolérance : .....

\* La Communauté de Communes se réserve le droit de demander un P.A.I. si l'intolérance demande un suivi personnalisé.

L'enfant a une allergie alimentaire qui nécessite la prise de médicaments en cas d'urgence.  
Dans ce cas, **un panier repas** et **un goûter** doivent être fournis par la famille (une tarification spécifique sera appliquée).  
Un Projet d'Accueil Individualisé doit obligatoirement être remis.

L'enfant est porteur de troubles de santé (asthme ...) qui nécessite la prise de médicaments en cas d'urgence.  
Un Projet d'Accueil Individualisé doit obligatoirement être remis.

## AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL

En cas d'accident, j'autorise le responsable de l'accueil à prendre toutes décisions rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions des médecins.

## ATTESTATION (obligatoire)

J'atteste que mon emploi fait partie de la liste des personnels prioritaires et que mon enfant nécessite d'être accueilli au centre de loisirs et pendant les temps d'accueils périscolaires.

J'atteste que l'emploi de mon conjoint fait également partie de la liste des personnels prioritaires.

Vous devez dans ce cas, présenter **sous 48h**, une carte professionnelle ou une attestation de l'employeur qui confirme que votre emploi est impliqué dans la gestion de la crise sanitaire.

**J'atteste sur l'honneur que :**

les 2 parents en charge de l'enfant font partie de la liste des personnels prioritaires **ET** qu'ils ne disposent pas d'autre moyen de garde.

mon enfant ne présente pas de signes évocateurs de la COVID-19

si mon enfant est contact à risque ou que sa classe a été fermée après le 22 mars 2021, le résultat du test RT-PCR ou antigénique réalisé le \_\_\_\_\_ [date du test] est négatif (obligatoire pour les élèves à compter du CP).

En qualité de responsable légal de l'enfant, je soussigné(e) .....  
certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et je m'engage à respecter le règlement intérieur des structures d'accueil de la CCEJR.

Fait à ..... le .....

**Signature**