



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
2026 2027**

Année scolaire : _____ Niveau : _____ École : _____ Classe : _____

ÉLÈVE

NOM : _____ Prénom(s) : _____ / _____ / _____ Sexe : M ☐ F ☐

NOM d'usage : _____

Né(e) le : __ / __ / __ Numéro de sécurité social : _____
Numéro allocataire CAF ou MSA : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____ MAIL : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère NOM de jeune fille : _____ Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Situation familiale (1) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Courriel : _____

Père Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Situation familiale (1) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Courriel : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

Organisme : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANTNOM : _____ Prénom : _____ ☐ A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____ ☐ A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____ ☐ A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

INFORMATION MÉDICAL

Médecin de famille

Adresse

Groupe Sanguin :

Tel

En cas d'accident, je souhaite que mon enfant soit conduit dans la mesure du possible :

Hôpital de :

Clinique de :

Tél :

Tél :

ASSURANCE DE L'ENFANTResponsabilité civile : Oui ☐ Non ☐ Individuelle Accident : Oui ☐ Non ☐

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)Mère : ☐ J'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités extrascolaires.
☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités extrascolaires.Père : ☐ J'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités extrascolaires.
☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités extrascolaires.**Autorisation de consultation des Quotients Familiaux (QF) : oui/non :**

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :

Merci de transmettre les photocopies des vaccins, assurance extrascolaire ainsi que votre attestation Caf pour la facturation.

COMMUNE DE COUR-CHEVERNY

Fiche sanitaire de liaison Année scolaire _____	<u>Enfant</u> NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Garçon ☐ Fille ☐
---	--

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'infection à Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires chez les **nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018**.

Joindre la photocopie du carnet de vaccination de votre enfant.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui ☐ non ☐

Groupe sanguin :

Si oui 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : Asthme oui ☐ non ☐ Médicamenteuses oui ☐ non ☐

Alimentaires oui ☐ non ☐ Autres :

.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TSVP 

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....
.....
.....

AEEH : Cocher la case si votre enfant est bénéficiaire de l'AEEH ☐
(allocation de l'enfant handicapé) :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse

.....
....
.....
.....

Tél. fixe et portable, Domicile : Bureau :

.....

Adresse courriel :

.....

Nom et Tél. du médecin traitant

.....

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....

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

Date :

Signature :