



**FICHE ENFANT**

Nom de l'enfant : .....  
Prénom de l'enfant : .....  
Sexe : .....  
Date de naissance : .....

**Rentrée 2015 - 2016** Ecole : .....  
Classe : .....

**Rentrée 2016-2017** Ecole : .....  
Classe : .....

---

**PARENT 1** (destinataire de facturation)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....  
Ville : .....

N° TEL domicile : .....  
N° TEL portable : .....

N° TEL professionnel : .....

Mail : .....  
Régime (général, MSA, autre...) : .....

---

**PARENT 2**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....  
Ville : .....

N° TEL domicile : .....  
N° TEL portable : .....

N° TEL professionnel : .....

---

**AUTORISATIONS**

Personnes non autorisées à venir chercher mon enfant : (fournir justificatif de droit de garde exclusif)

.....

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant : (Nom et contact téléphonique)

1) .....  
.....

2) .....  
.....

3) .....  
.....

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul (après les TAP ou la garderie) ? \_\_\_\_\_

## **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Médecin traitant : .....

N° Tél : .....

Votre enfant suit-il un traitement médical : OUI ou NON

**(Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance ni posologie écrite sur les boîtes de médicaments d'origine)**

## **DIFFICULTÉS DE SANTÉ**

**(En cas de PAI, fournir impérativement les documents nécessaires au service Péri-scolaire)**

*Maladie, accident, antécédent médical. Préciser les dates et les précautions à prendre.*

**RÉGIME ALIMENTAIRE** (normal, sans porc, végétarien ou autre) : .....

---

## **VACCINATIONS**

indiquer la date du dernier rappel

### **Vaccin obligatoire**

DTPolio : .....

.....

### **Vaccins recommandés**

Coqueluche : .....

Hépatite B : .....

Rubéole - Oreillons - Rougeole : .....

Autre vaccin : ..... .....

---

## **RESPONSABILITES ET AUTORISATIONS** (Barrer les autorisations non souhaitées)

Je soussigné(e) Mme / Mr: .....

responsable légal de l'enfant .....

- Autorise l'équipe de l'accueil périscolaire à prendre les dispositions nécessaires en matière d'hospitalisation d'urgence.

- Autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur tout support visuel (photos, vidéos, expositions, articles, bulletin municipal et site internet) de la commune de Briec.

- Autorise la commune à transporter mon enfant avec les véhicules des structures.

- M'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux TAP.

- Souhaite recevoir des informations du service périscolaire par mail.

Fait à .....

le ...../...../.....

Signature(s)