



# VILLE DE BILLY-MONTIGNY

## FICHE SANITAIRE ACCUEIL PERISCOLAIRE

### **1) L'enfant :**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée : (cochez la case correspondante)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ecole maternelle L.Michel         | Classe et nom du professeur : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecole maternelle Voltaire/Sévigné | Classe et nom du professeur : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecole maternelle S. Lanoy         | Classe et nom du professeur : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecole primaire S. Lanoy           | Classe et nom du professeur : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecole primaire Doisneau           | Classe et nom du professeur : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecole primaire Voltaire/Sévigné   | Classe et nom du professeur : _____ |

### **2) Les Parents ou le tuteur légal :**

Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable du père : \_\_\_\_\_

Téléphone portable de la mère : \_\_\_\_\_

Profession du père : \_\_\_\_\_

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Profession de la mère : \_\_\_\_\_

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **3) Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ n°tel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ n°tel : \_\_\_\_\_

### **4) Médecin traitant :**

Docteur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n° de téléphone : \_\_\_\_\_

### **5) Problèmes de santé – Observations – Recommandations :**

L'enfant présente-t-il ou a-t-il des difficultés de santé (allergies alimentaires, régime diététique, diabète, crise convulsive, accident, opération, rééducation...)

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? Si oui, merci de noter le nom du ou des médicament(s) :

L'enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ? :

### **6) Personnes autorisées à reprendre l'enfant :**

### **7) Autorisation d'hospitalisation :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise la Mairie de Billy-Montigny à procéder à l'hospitalisation de mon enfant en cas de problème grave de santé ou d'accident.

Je désire que mon enfant soit hospitalisé à : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

- attestation employeur
- photocopie attestation sécurité sociale et/ou mutuelle
- photocopie vaccins
- photocopie livret de famille
- attestation d'assurance
- justificatif de domicile