

# COMMUNE DE SAINT-MARTIN-LE-BEAU

## ÉCOLES ET SERVICES PÉRISCOLAIRES

### FICHE D'URGENCE 2021/2022

#### 1- ENFANT

NOM : ..... PRENOM : ..... Sexe M / \_\_\_ / F / \_\_\_ /

*Veuillez fournir  
Une photo d'identité*

Date de naissance : ..... Classe : .....

Frère(s) et Sœur(s) de l'enfant : ..... Age : ..... Classe : .....  
..... Age : ..... Classe : .....  
..... Age : ..... Classe : .....

#### 2 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et adresse du représentant légal 1.....

Nom et adresse du représentant légal 2.....

N° de sécurité sociale : ..... Clé.....

Mutuelle : ..... Assurance scolaire : .....

N° de contrat : .....

Tél Domicile .....

Tél Père travail ..... Portable .....

Tél Mère travail ..... Portable .....

Personne à contacter en cas d'urgence EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX: .....

☎ .....

#### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**L'enfant doit être à jour de ses vaccins. Veuillez fournir le carnet de santé.**

L'enfant a-t-il une maladie chronique ? oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

L'enfant présente-t-il des allergies ? oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est-il mis en place ? oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ (Fournir une copie)

**Régime alimentaire** : /\_\_\_/ sans porc /\_\_\_/ sans viande /\_\_\_/ autres précisez .....

**Panier repas** (fourni par les parents) : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

Précisez ci-dessous les difficultés éventuelles de santé (maladie, accident) ayant une incidence sur l'accueil de l'enfant

Ou informations complémentaires (port de lunettes, appareil dentaire...). .....

Nom et Adresse du médecin traitant : .....

#### 4- AUTORISATIONS

Votre enfant peut-il participer à toutes les activités scolaires et périscolaires ? oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

**Si vous souhaitez que votre enfant aille à la garderie du soir mais en parte seul à une certaine heure, merci de faire un mot.**

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les responsables légaux) :**

Nom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....

Nom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....

Nom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....

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

Date .....

Signature