

Documents à fournir pour l'inscription APS



- Photocopie des « vaccinations » du carnet de santé de l'enfant, (mentionnant nom/prénom de l'enfant sur les pages) **VACCINATIONS OBLIGATOIRES** (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
- Attestation de **paiement** CAF ou MSA
Daté d'août ou septembre, 1 par famille (le nom des enfants doit apparaître dessus)
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Fiche sanitaire remplie et **signée**
- Photocopie du P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) si besoin

MEDICAMENTS suivi sanitaire

Si un traitement est à prendre pendant l'accueil, joindre la photocopie de l'ordonnance médicale et un courrier autorisant l'équipe d'animation à donner les médicaments à votre enfant.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites (voir PAI)

Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec notice d'utilisation. Le nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

Informations utiles

Mon enfant porte :

Des lunettes ou lentilles OUI NON des prothèses auditives OUI NON

Des aérateurs Trans tympaniques (ou « yo-yo ») OUI NON un appareil dentaire OUI NON

Autres appareillages, précisez : _____

Coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom : _____ Tél : _____

Adresse : _____

Renseignements médicaux :

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant le nom et prénom de l'enfant et la mention « Secret Médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

ANTECEDANTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil.

Par exemple : allergies alimentaires, médicamenteuses, autres allergies (pollen, plantes, animaux, ...) ou opération chirurgicale récente :

Les précautions à prendre : _____

MALADIES EN COURS

Aiguës ou chroniques, indiquer celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil diabète, asthme, convulsions...

Les précautions à prendre : _____

Autres renseignements

Mentionnez le nom de votre caisse ou mutuelle dont vous dépendez :

CAF MSA Autres : _____

Votre numéro d'allocataire : _____

La commune d'Oizé/La Fontaine St Martin décline toutes responsabilités en matière de vol ou de perte (bijoux, jouets, ou autres affaires personnelles...)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2025 /2026



Pour les Accueils périscolaires APS Oizé et La Fontaine Saint Martin

A remplir par les parents ou responsables légaux

Nom de l'enfant : _____	Prénom de l'enfant : _____
--------------------------------	-----------------------------------

Né(e) le : _____ Sexe : F – G **Classe :** _____

Adresse : _____

REPRESENTANT 1

OU FAMILLE D'ACCUEIL

Parenté :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Tél travail :

Tél fixe :

Tél portable :

Mail :

REPRESENTANT 2

Parenté :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Tél travail :

Tél fixe :

Tél portable :

Mail :

Situation familiale (Marié (e), divorcé (e), autre...) : _____

PERSONNES AUTORISEES OU INTERDITES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

Autorisée	Interdite	Nom-Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom-Prénom : _____	Nom-Prénom : _____
N° fixe :	N° fixe :
N° portable :	N° portable :
En qualité de :	En qualité de :

Autorisation parentale

Je soussigné(e) _____, père, mère, tuteur légal, responsable (*razer les mentions inutiles*)

autorise mon fils, ma fille _____

- A partir seul après les accueils périscolaires OUI NON
- A être pris(e) en photos dans le cadre des activités manuelles de l'APS. OUI NON
- A être pris(e) en photos dans le cadre des activités pour une éventuelle illustration d'articles, de plaquettes d'information, bulletins communaux, site internet communal... OUI NON

En cas d'urgence, nous soussignés, _____

- Autorisons la personne responsable de l'accueil, à orienter et faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgences, vers l'hôpital le mieux adapté.
- Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.
- Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital.
- Autorisons l'équipe d'animation de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.
- Autorisons l'équipe d'animation à prendre toutes dispositions (transports et hospitalisation) nécessaires en cas d'urgence.

Date : _____ **Nom et signature des parents ou responsables légaux :** _____