

S.I.V.O.M. HERMERAY-RAIZEUX

MAIRIE DE RAIZEUX

2 ROUTE DES PONTS

78125 RAIZEUX

FICHE SANITAIRE

SERVICES PERISCOLAIRES SIVOM HERMERAY RAIZEUX

ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F ☐ M ☐

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age : Ecole fréquentée : Hermeray ☐ Raizeux ☐

Classe fréquentée en septembre 2025 :

Nationalité :

N° allocataire CAF : (*Obligatoire, si vous en avez un*)

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

REPRESENTANT LEGAL	REPRESENTANT LEGAL
☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur Nom et prénom : Date de naissance : Lieu de naissance : Situation familiale :	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur Nom et prénom : Date de naissance : Lieu de naissance : Situation familiale :
Adresse :	Adresse :
Courriel :	Courriel :
Tél. (obligatoire) : Portable :	Tél. (obligatoire) : Portable :
Profession : Tél. professionnel : Coordonnées employeur (<i>nom – adresse</i>)	Profession : Tél. professionnel : Coordonnées employeur (<i>nom – adresse</i>)

S.I.V.O.M. HERMERAY-RAIZEUX

MAIRIE DE RAIZEUX

2 ROUTE DES PONTS

78125 RAIZEUX

Personnes à contacter autre que les parents	en cas de retard ou d'urgence
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Personnes susceptibles de récupérer l'enfant	autre que les parents
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

Tous les renseignements dans le tableau ci-dessus nous sont indispensables. Merci de tout compléter.

MEDECIN TRAITANT (Nom, Prénom) :

Tél. :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (Merci de nous indiquer tout changement)

L'enfant suit-il un traitement médical à donner dans la journée : oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice et indiquer la posologie)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	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 anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

S.I.V.O.M. HERMERAY-RAIZEUX

MAIRIE DE RAIZEUX

2 ROUTE DES PONTS

78125 RAIZEUX

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Maladie	Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu
Oui									
Non									

Merci de cocher les cases

ALLERGIES

Asthme : oui ☐ non ☐ Médicamenteuses : oui ☐ non ☐
Alimentaires : oui ☐ non ☐ Autres (préciser) :

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

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

Photos

☐ acceptent la diffusion des photos de nos enfants dans le journal communal et l'affichage dans les écoles de Raizeux et d'Hermeray et sur le site du SIVOM.

☐ refusent la diffusion et l'affichage des photos de nos enfants

Pour le jour de la rentrée : Septembre 2025

Dans le cas où cette feuille ne serait pas retournée en mairie rapidement, le repas du jour de la rentrée sera commandé et donc facturé.

Indiquez ci-dessous par oui ou non, si votre enfant fréquentera les services périscolaires le jour de la rentrée :

NOM Prénom	Classe	Pause méridienne	Garderie matin	Garderie soir

S.I.V.O.M. HERMERAY-RAIZEUX

MAIRIE DE RAIZEUX

2 ROUTE DES PONTS

78125 RAIZEUX

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe à prendre, le cas
échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical,
hospitalisation, intervention chirurgicale...). Dans le cadre du Règlement Général de Protections
des Données (RGPD). Eu égard aux exigences de consentement du RGPD, vous disposez d'un droit
d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition des informations personnelles vous
concernant. Je m'engage à communiquer toute modification liée à cette fiche de renseignements
et Je déclare également avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur.
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

A Le

Signatures des représentants légaux de l'enfant

PIECES A FOURNIR :

Pour un P.A.I une photo de votre enfant.

Pour le bus une photo également.