

2021-2022

**Document unique
d'informations partagées (DUIP)**

DOSSIER STRICTEMENT CONFIDENTIEL

I. Renseignements d'état civil

Votre enfant

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Structures d'accueil de l'enfant

Ecole élémentaire des Breuchottes	Services périscolaires Centre de Loisirs	Structure spécialisée
Adresse : Rue du Rond Pré, 88200 Saint-Nabord	Adresse : 21 Rue du Général de Gaulle 88200 Saint-Nabord	Nom :
Nom du directeur(trice) de l'école : Mme COUVAL AFONSO	Nom du responsable : M. MAROTEL	Adresse :
Contact mail : ce.0880870@ac-nancy-metz.fr	Contact mail :	Nom du responsable :
Contact téléphone : 03 29 62 14 63	Contact téléphone :	Contact mail :
Classe fréquentée par l'enfant :		Contact téléphone :

Pièces justificatives à fournir :

- une attestation assurance en responsabilité civile (n° contrat)
- un justificatif de domicile (photocopie de facture EDF, GDF, téléphone, etc)
- une photocopie carnet de santé (vaccin DT polio obligatoire) ou certificat médical indiquant que les vaccins sont à jour
- un document attestant du quotient familial (une copie de l'attestation de la CAF)
- une photocopie du livret de famille
- En cas de séparation des parents, un justificatif attestant de l'attribution de l'autorité parentale (photocopie du jugement de divorce)

Responsables légaux (Mère, Père, autre responsable légal)	
<u>Mère (ou autre responsable légal)</u>	<u>Père (ou autre responsable légal)</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél travail :	Tél travail :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
N° allocataire CAF ou MSA :	N° allocataire CAF ou MSA :

Situation familiale des parents
Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé/séparé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> monoparentale <input type="checkbox"/>
Autorité parentale partagée des deux parents : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si non*, l'autre parent est-il autorisé à venir voir l'enfant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si non*, est-il autorisé à le récupérer à la sortie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
* fournir une copie du jugement indiquant l'autorité parentale non partagée

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :	Tél travail :

Personnes autorisées* à récupérer l'enfant (autres que les parents)

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :	Tél travail :

**ces personnes majeures ou mineures devront présenter leur pièce d'identité*

Si vous autorisez votre enfant à rentrer seul au domicile, joindre une autorisation écrite

Restauration

Régime alimentaire particulier oui non
Si oui : lequel ?

II. Renseignements sanitaires (en référence à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article 227-4 du code de l'action sociale et des familles)

Vaccinations

Date du dernier rappel du Vaccin DT POLIO :

(Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination ou carnet de santé ou certificat médical indiquant que les vaccins sont à jour avec le nom et prénom de l'enfant) Si l'enfant n'a pas le vaccin du DT Polio qui est obligatoire, joindre un certificat de contre-indication.

Éléments médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil de l'enfant

➤ **Si maladies ou allergies sévères** (exemple : diabète, asthme, allergies médicamenteuses ou alimentaires, etc) **précisez la cause dans le cas des allergies et la conduite à tenir :**

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non
Détailler la conduite à tenir ou le protocole mis en place :

Indiquez, le cas échéant, le nom et le téléphone du médecin traitant :

-
-

➤ **Traitements médicaux en cours :**

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui, l'ordonnance du médecin est obligatoirement jointe aux médicaments fournis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom de l'enfant doit être inscrit sur l'emballage. 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 et transmis au responsable de l'accueil (exemple Ventoline, etc)

➤ **Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, des chaussures orthopédiques, etc**
précisez :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés ci-dessus et autorise les médecins, chirurgiens et anesthésistes à pratiquer tous les soins médicaux ou chirurgicaux rendus nécessaires en raison de l'état de santé de mon enfant.

Date : / / Signature :

III. Les besoins de votre enfant

Besoins physiologiques

Propreté-Hygiène-Toilettes

Vos conseils et recommandations utiles

- fait sa toilette : seul ou avec de l'aide*
- s'habille : seul ou avec de l'aide
- va au WC : seul ou avec de l'aide

barrer la mention inutile

Repas-alimentation

Vos conseils et recommandations utiles

- mange : seul ou avec de l'aide*
- boit : seul ou avec de l'aide
- gère seul les quantités : seul ou avec de l'aide

barrer la mention inutile

Sommeil

- fait la sieste : oui non
- a des difficultés pour s'endormir : oui non
- a peur de l'obscurité : oui non

Vos conseils et recommandations utiles

Avez-vous des précisions à donner sur les besoins physiologiques de votre enfant ?

Besoins affectifs et sociaux

Communication

- Communique par langage : seul ou avec de l'aide*
- communique par gestes : seul ou avec de l'aide*
- écrit : seul ou avec de l'aide*
- lit : seul ou avec de l'aide*

barrer la mention inutile

Vos conseils et recommandations utiles

Sorties et déplacements

- *marche : seul ou avec de l'aide**
- *monte un escalier : seul ou avec de l'aide**
- se repère dans l'espace et dans le temps: seul ou avec de l'aide

barrer la mention inutile

Vos conseils et recommandations utiles

Activités - jeux

- sait jouer à plusieurs : oui non
- sait jouer seul : oui non
- sait choisir une activité parmi plusieurs : oui non
- comprend les règles d'un jeu adapté à son âge : oui non
- reste concentré sur une activité : oui non

Vos conseils et recommandations utiles

Relations aux autres

- a des frères et soeurs : oui non
- a déjà fréquenté un centre de loisirs ou un accueil périscolaire : oui non
- est-il déjà parti en colonie de vacances : oui non
- est-il angoissé dans ses relations aux autres enfants : oui non
- est-il angoissé dans ses relations aux adultes : oui non
- sait-il gérer sa frustration lorsqu'on lui fixe des limites : oui non
- a-t-il un objet fétiche : oui non
- a-t-il des rituels nécessaires à son bien-être : oui non
si oui lesquels ?

Vos conseils et recommandations utiles

Ce qui inquiète votre enfant	Ce qui rassure votre enfant

Avez-vous des précisions à donner sur les besoins affectifs et sociaux de votre enfant ?

Centres d'intérêt de votre enfant

Ce qu'il aime

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Ce qu'il n'aime pas

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Bus Scolaire

Prends le bus scolaire : oui non

Pour obtenir la carte de transport, il faut vous inscrire sur le site régional en cliquant sur le lien suivant : <https://www.fluo.eu/fr/part3/transport-scolaire/121>

Si oui, précisez son arrêt de bus :

Engagement de l'autorité parentale

Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant, certifie l'exactitude des renseignements fournis et je
m'engage à procéder aux modifications nécessaires en cas de changement de situation
de mon enfant.

Date : / /

Signature des parents ou d'un autre représentant légal