

2019-2020

IDENTITE DE L'ENFANT			<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Nom			Prénom
Date de naissance		Classe	
Adresse complète			
Code Postal		Commune	
IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX			
Rep 1 Nom d'usage :			
Prénom :			
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :			
Code Postal		Commune	
☎ :		☎ professionnel :	
Courriel : @			
Rep 2 Nom :			
Prénom :			
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :			
Code Postal		Commune	
☎ :		☎ professionnel :	
Courriel : @			
Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)			
Nom	Prénom	N° tél	
.....	
.....	
Nom et tél du médecin traitant			

AUTORISATIONS ET REGLEMENT (cocher les cases)

- J'autorise la diffusion de photos et de vidéos de mon enfant (presse, internet...) : oui non
- J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs : oui non
- J'autorise mon enfant à quitter seul :
- ✓ Les TAP à 16h30 : oui non
 - ✓ L'accueil périscolaire du soir : oui non
 - ✓ L'accueil de loisirs (mercredis et vacances) : oui non

Merci d'indiquer les personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

- ✓ Nom-prénom..... Qualité : ☎ :
- ✓ Nom-prénom..... Qualité : ☎ :
- ✓ Nom-prénom..... Qualité : ☎ :
- ✓ Nom-prénom..... Qualité : ☎ :

Seuls les enfants accompagnés d'un adulte munis d'une décharge seront autorisés à sortir de l'accueil de loisirs pendant les horaires d'activités (cas exceptionnels)

ASSURANCES

Les conditions d'assurance concernant les structures sont affichées à l'entrée de l'accueil de loisirs et de l'accueil périscolaire.

Nous vous précisons qu'il est fortement conseillé de contracter une assurance complémentaire pour votre enfant pour les activités périscolaires et extrascolaires.



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance médicale.

VACCINATION

Mon enfant est à jour de ses vaccinations : oui non

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique* :

Pour rappel, la vaccination contre le DTP (diphtérie-tétanos-polio) doit être réalisée à 2 mois, 4 mois, 11 mois, 6 ans et vers 11-13 ans. Sans ces vaccinations à jour, l'enfant ne pourra être accueilli en accueil périscolaire ou de loisirs.

REGIME Oui Non Si oui lequel

ALLERGIES Alimentaire Oui Non
Médicamenteuse Oui Non
Autre (animaux, plante, pollen) Oui Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateur et la conduite à tenir. **Un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) est nécessaire en cas d'allergie alimentaire et/ou trouble de la santé évoluant sur une longue période** (contacter les responsables de l'accueil au 02 99 23 50 91).

SANTE : Indiquez les difficultés de santé particulières nécessitant des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, appareillage, opération, rééducation...) :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire... :

.....
.....

Monsieur ou Madame

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale et anesthésie etc...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à Le

Signature(s)