

2018/2019

<b>IDENTITE DE L'ENFANT</b>			<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....		
Date de naissance .....	Niveau scolaire .....		
Adresse complète .....			
Code Postal .....	Commune .....		
<b>IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX</b>			
<b>Mère</b>	Nom d'usage : .....		Prénom : .....
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....			
Code Postal .....	Commune .....		
 : .....	 : .....	 professionnel : .....	
Courriel : ..... @ .....			
<b>Père</b>	Nom : .....		Prénom : .....
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....			
Code Postal .....	Commune .....		
 : .....	 : .....	 professionnel : .....	
Courriel : ..... @ .....			
<b>Personne à contacter en cas d'urgence</b> (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)