

Accueil de loisirs * et/ou Accueil Mercredi récréatif*

L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Médecin traitant : _____ Ville : _____ Tél. : _____

LE REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse mail: _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. Domicile : _____ Portable : _____

Employeur du père : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Employeur de la mère : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Régime allocataire *: CAF MSA Autre (préciser) : _____

EN CAS D'URGENCE : personnes à joindre et autorisées à reprendre l'enfant (minimum deux personnes)

En cas d'impossibilité de venir chercher mon enfant, j'autorise les personnes suivantes à le prendre en charge :

➤ NOM et Prénom : _____ Tél. : _____

➤ NOM et Prénom : _____ Tél. : _____

➤ NOM et Prénom : _____ Tél. : _____

➤ NOM et Prénom : _____ Tél. : _____

SORTIES DES ENFANTS *

J'autorise mon enfant à rentrer à la maison **accompagné** de ses parents ou des personnes indiqués ci-dessus.

OU

J'autorise mon enfant à rentrer **seul** à la maison, en quittant à _____.

Autorisez-vous le transport de votre enfant en voiture particulière ou en transport en commun pour les sorties éventuelles. Oui Non

PHOTOS

Autorisez-vous l'utilisation de photos ou de films pris lors d'activités dans différentes publications et dans le cadre des activités ? * (presse locale et communication interne, support d'activités, ...) Oui Non

Si oui, autorisez-vous le transfert de ses photos ou films pris lors d'activités par le biais d'internet ? *

(ex : article de presse envoyé à la journaliste, bilan d'activités pour la CAF, ...) Oui Non

* : cocher la (ou les) case(s) correspondante(s).

Ce document comporte un verso ➡

VACCINATIONS

DT POLIO : Date du dernier rappel : _____

Fournir les copies des pages de vaccination du carnet de santé.

ALLERGIES constatées médicalement (Certificat d'un médecin spécialiste à fournir)

Votre enfant connaît-il une allergie ? * Oui Non

➤ **Asthme** * Oui Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

➤ **Alimentaire** * Oui Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

➤ **Médicamenteuse** * Oui Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

➤ **Autre (préciser) :** _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX et CHIRURGICAUX

➤ Quelle(s) maladie(s) l'enfant a-t-il déjà eu ? *

Rubéole Varicelle Angine Scarlatine

Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

➤ Quelle(s) difficulté(s) de santé l'enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu (accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...) ? Préciser les dates et les précautions à prendre éventuellement :

➤ Recommandations utiles des parents (ports de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs et/ou accueil des mercredis récréatifs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisations, interventions chirurgicales, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : _____

Signature du responsable légal :

* : cocher la (ou les) case(s) correspondante(s).
