

## FICHE INDIVIDUELLE ENFANT DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO

Enfant

### Accueil de loisirs

**Année du 02/09/2019 au 31/08/2020**

#### IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F – M  
 Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Age : .....  
 Ecole fréquentée : ..... Classe : .....  
**Nom, Prénom du Père, Tuteur légal ou Parent 1 :** .....  
 Tél fixe : ..... Tél portable : ..... Tél professionnel : .....  
**Nom, Prénom de la Mère, Tutrice légale ou Parent 2 :** .....  
 Tél fixe : ..... Tél portable : ..... Tél professionnel : .....

#### Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : .....	Prénom : .....	Qualité : .....	Tél : .....
Nom : .....	Prénom : .....	Qualité : .....	Tél : .....
Nom : .....	Prénom : .....	Qualité : .....	Tél : .....
Nom : .....	Prénom : .....	Qualité : .....	Tél : .....

#### INFORMATIONS MEDICALES

**P.A.I** (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui (si déjà rédigé, nous le fournir.)  
 Non

#### Médecin traitant :

Nom : ..... Tél. du cabinet : .....  
 Adresse : .....

#### Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé.  
 Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

#### Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : ..... Taille : .....  
 Suit-il un traitement médical  Oui  Non  
 Si oui, reportez-vous au règlement intérieur : Article 10 – Santé.

#### Allergies :

Alimentaires :  Oui  Non  
 Médicamenteuses :  Oui  Non  
 Autres :  Oui  Non

**En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

#### Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  Oui  Non  
 Lesquels ?

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

**CHOIX ALIMENTAIRES :**

Sans Porc :  Oui  Non

Végétarien :  Oui  Non

**INFORMATIONS SPORTIVES :**

Mon enfant sait nager :  Oui  Non

Mon enfant sait faire du vélo :  Oui  Non

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ...

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

**AUTORISATIONS PARENTALES :**

**\* Il convient de rayer les lignes si refus**

Je soussigné ....., déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :

- Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer. \*

- Autorise seulement les personnes habilitées (mentionnées ci-dessus) à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs. \*

- Autorise mon enfant (à partir du CP) à rentrer seul à son domicile à partir de .....h..... \*

En cas de changement d'horaire, le Parent doit se présenter auprès du directeur pour modifier et signer cette fiche.

**Droit à l'image :**

Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages internes tels que : site internet et/ou page Facebook de la structure, presse locale, documents d'informations et affichages au sein de la structure.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

Oui  Non

**Transport :**

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs comprenant du transport (bus avec chauffeur, minibus, et exceptionnellement voitures particulières.)

Oui  Non

**Soin :**

Autorise l'équipe d'encadrement à donner de l'Arnica en granules ou en gel en cas de contusions, à mon enfant.

Oui  Non

Fait à : ..... Le : .....

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)  
Précédée de la mention « lu et approuvé »