



1 – L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies du carnet de santé de l'enfant)

En application du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires : OUI NON

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires à jour, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil périscolaire ? OUI NON

Si OUI, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses auditives, un appareil dentaire, Précisez :

.....

Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire, maquillage, énurésie nocturne, difficultés de sommeil, ...) :

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

ADRESSE MAIL :

NUMEROS DE TELEPHONE :

MERE. Domicile : Portable : Travail :

PERE. Domicile : Portable : Travail :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

MÉDECIN TRAITANT :

NOM TÉL.....

6 - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON

J'autorise mon enfant à être transporter en véhicule de service et car de location : OUI NON

Dans le cadre des activités pédagogiques réalisées à l'accueil périscolaire par les enfants, des photos, enregistrements sonores ou créations de toutes natures peuvent faire l'objet de diffusions à des fins non commerciales et dans un but strictement pédagogique ou éducatif ou informatique.

Ces diffusions doivent s'inscrire dans la réglementation propre à la protection de la vie privée des enfants et à la propriété littéraire et artistique.

C'est pourquoi un accord est nécessaire de votre part. Vous pouvez donner votre accord pour tout ou partie des activités prévues.

Merci de le préciser et de signer ce document après avoir porté la mention « Lu et approuvé – Bon pour accord ».

Date :

Signature :