



1 - L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

MAIL :

NUMEROS DE TELEPHONE :

1^{er} PARENT. Prénom : Portable : Travail :

2^{ème} PARENT. Prénom : Portable : Travail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ÊTES PAS JOIGNABLE :

NOM / PRENOM : TELEPHONE :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT : (la personne doit être en capacité de présenter sa carte d'identité)

1- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

2- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

3- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

4- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

5- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

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

Si OUI, joindre une **ordonnance** de moins d'1 an et apporter à l'équipe 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 accepté sans ordonnance.

PRECISEZ LE TRAITEMENT :

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Percevez-vous l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) OUI NON (si oui, joindre le justificatif)

RÉGIME ALIMENTAIRE : SANS VIANDE SANS PORC SANS SEL

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

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

4 - VACCINATIONS 4 – VACCINATIONS

(joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies du carnet de santé de l'enfant, les photos ne sont pas acceptées)

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.

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"/>	

MÉDECIN TRAITANT :

NOM TELEPHONE :

5- RECOMMANDATIONS DES PARENTS

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

.....

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

.....

BAIGNADE : sait nager ne sait pas nager

VELO : sait faire du vélo ne sait pas faire du vélo

6 – AUTORISATIONS

AUTORISATIONS	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.		
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.		
J'autorise mon enfant à être transporté en véhicule de service et car de location.		
J'autorise le service jeunesse de la commune de l'île d'Yeu à reproduire, représenter, publier et communiquer au public (parents, famille et personnes susceptibles de venir sur la structure) les photos et images vidéos prises dans le cadre des animations de l'accueil de loisirs.		
J'autorise le service jeunesse de la commune de l'île d'Yeu à reproduire ses photos et ses films et à les utiliser sur leur site internet ou leur page Facebook dans un but non lucratif.		

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure 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.

Je déclare avoir pris connaissances des règles de vie de l'accueil de loisirs.

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

Date :

Signature :