

Ce document est valable pour l'année 2022. Il est destiné à tous les enfants qui fréquentent l'Accueil de Loisirs « La Farandole », le service de restauration périscolaire/extrascolaire et l'Accueil Préados en période scolaire et pendant les vacances scolaires.

PROJECÉ 2023

Maternelle

Élémentaire

Préados

**ENFANT :**

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend (obligatoire) : .....

N° d'allocataire CAF (obligatoire) : .....

REPAS [un seul choix possible] :  avec porc OU  sans porc OU  sans viande

**NOM et COORDONNEES du médecin traitant :** .....

**L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) **POUR ALLERGIE ALIMENTAIRE :**  OUI  NON

**L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN DOSSIER MDPH** (Maison Départementale des Personnes Handicapées) :  OUI  NON

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

Nom-Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Tél fixe : ..... Adresse mail : .....

**PERE :**

**AUTORITE PARENTALE :**  OUI  NON

Nom – Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél travail : .....

Tél portable : ..... Adresse mail : .....

Adresse employeur : .....

**MERE :**

**AUTORITE PARENTALE :**  OUI  NON

Nom – Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél travail : .....

Tél portable : ..... Adresse mail : .....

Adresse employeur : .....

**AUTORISATIONS :**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame ....., responsable légal de l'enfant désigné précédemment :

- Autorise mon enfant à se baigner et à pratiquer des activités à caractères sportifs :  OUI  NON
- Autorise mon enfant à participer aux sorties :  OUI  NON
- Autorise la directrice de l'Accueil de Loisirs ou de l'Accueil Préados à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin:  OUI  NON

**EN MON ABSENCE**, j'autorise à venir chercher mon enfant et/ou **en cas de maladie**, à prévenir :

1. Monsieur ou Madame .....  
Tél portable : ..... Tél fixe/travail : .....
2. Monsieur ou Madame .....  
Tél portable : ..... Tél fixe/travail : .....
3. Monsieur ou Madame .....  
Tél portable : ..... Tél fixe/travail : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

**VACCINATIONS** : Les photocopies des vaccins à jours sont à fournir obligatoirement. La preuve de la vaccination doit être établie pour l'entrée en collectivité. Cette dernière doit être lisible et compréhensible. Si ce n'est pas le cas, vous devrez fournir un certificat de vaccination établi par un médecin. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**SI VOTRE ENFANT PRESENTE L'UNE DES PATHOLOGIES citées ci-dessous, vous devrez ETABLIR UN PAI avec VOTRE MEDECIN :**

- ASTHMATIQUE :  OUI  NON      DIABETIQUE :  OUI  NON      HEMOPHILE :  OUI  NON  
 EPILEPTIQUE :  OUI  NON      CARDIAQUE :  OUI  NON  
 PROTHÈSES AUDITIVES :  OUI  NON      PROTHÈSES DENTAIRES :  OUI  NON  
 AUTRES, précisez : .....

**L'ENFANT PORTE-T-IL** :  Des lentilles     Des lunettes

**L'ENFANT PRESENTE-T-IL** :  Un trouble DYS     Un Trouble Déficitaire de l'attention (TDA)

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :**

- RUBÉOLE             VARICELLE             COQUELUCHE             RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU  
 SCARLATINE         ROUGEOLE             OREILLONS

Je soussigné(e),..... responsable de l'enfant (personne bénéficiant de l'autorité parentale) désigné précédemment, déclare avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de notre enfant par le service Enfance/Jeunesse de la commune et certifions qu'il est apte à y séjourner, à y pratiquer les activités et sorties.

Je déclare exacte les renseignements portés sur ce document.

Fait le : ..... à : ..... Signature du responsable légal : .....