

Ce document 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.

Maternelle

Élémentaire

Préados

ENFANT :

Nom – Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

REPAS* : avec porc **OU** sans porc **OU** sans viande

*un seul choix possible

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 :

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

N° d'allocataire CAF (obligatoire) :

NOM et COORDONNEES du médecin traitant :

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 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 :**