

L'ENFANT / LE JEUNE

 Nom, prénom : Fille Garçon

Adresse :

Né (e) le ; Classe : Ecole :

RESPONSABLE (s) LEGAL (aux)

Nom Prénom responsable 1 : Tél : Tél travail :

Nom Prénom responsable 1 : Tél : Tél travail :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence : nom prénomtél :

nom prénom :Tél :

ALIMENTATION

Régime spécifique :

AUTORISATIONS PARENTALES

 Autorise mon enfant à être transporté par les personnes de la structure (dans leur véhicule ou celui de l'asso si nécessaire) oui non

 Autorise l'association à prendre photos et enregistrement sonore oui non

 Autorise l'association à utiliser, reproduire, diffuser, publier ou exposer les photos prises dans le cadre des activités proposées, ainsi que les vidéos enregistrées (rayer les mentions non autorisées) oui non

 A pratiquer des sports de pleine nature oui non

 Autorisation de baignade oui non

 Autorise mon enfant à partir seul : oui non si oui quelle heure :

Autre élément à apporter :

personne(s) autorisée (s) à récupérer mon enfant à Anim'Action

nom prénom :Tél :

nom prénom :Tél :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant : Tél : ;

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : caisse de :

Vaccins obligatoires enfant né après 1^{er} janv 2018 DT Polio fait le : Pneumocoque fait le : coqueluche fait le

 Hépatite B fait le infections invasives à Haemophilus influenzae B fait le

 ROR fait le méningocoque C fait le

Maladies déjà contractées par votre enfant :
 Rubéole Varicelle Rougeole Angines Coqueluche Scarlatine Oreillons Otites

Allergies : Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres..... (ex:maquillage, .)

Précisez la conduite à tenir :

Enfant en situation de handicap (reconnaissance MDPH)

 oui non (si oui joindre l'attestation) en cours de diagnostic

 Existence d'un PAI (projet d'accueil individualisé) : oui non si oui le joindre

Difficultés de santé et autres recommandations utiles :

Je souhaite apporter des précisions :

.....

Je soussigné(e).....certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je m'engage à signaler toutes modifications et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant sur conseil d'un médecin ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur, et m'engage à rembourser les frais correspondants.

Date

Signature (s)