

L'ENFANT / LE JEUNE

 Nom, prénom de l'enfant : Fille Garçon

 Adresse : **tèl prioritaire :**

Né (e) le ; Classe : Ecole :

RESPONSABLE (s) LEGAL (aux)

Nom Prénom responsable 1 : Tèl : Tèl travail :

Nom Prénom responsable 1 : Tèl : Tèl travail :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence : nom prénom tèl :

nom prénom : Tél :

ALIMENTATION

Régime spécifique :

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 diagnostique

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

Difficultés de santé et autres recommandations utiles :

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

 Autorise la diffusion de photo en interne uniquement oui non

 A pratiquer des activités de pleine nature oui non

 Autorisation de baignade (avec surveillant de baignade et périmètre de sécurité) 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 : Tèl : ;

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

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)