

**L'ENFANT / LE JEUNE**

 Nom, prénom de l'enfant \_\_\_\_\_  Fille  Garçon

 Adresse : \_\_\_\_\_ **tél prioritaire :** \_\_\_\_\_

Né (e) le ; \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE (s) LEGAL (aux)**

Nom Prénom responsable 1 : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Tél travail \_\_\_\_\_

Nom Prénom responsable 2 : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Tél travail \_\_\_\_\_

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence : nom prénom \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

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 des 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 : \_\_\_\_\_ 1

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

**Vaccins obligatoires** enfant né après 1<sup>er</sup> 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)

