



## L'ENFANT / LE JEUNE

Nom, Prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

 Fille Garçon

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

## RESPONSABLE (s) LEGAL (aux)

Nom Prénom responsable 1 : \_\_\_\_\_ Tèl : \_\_\_\_\_

Nom Prénom responsable 2 : \_\_\_\_\_ Tèl : \_\_\_\_\_

## Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tèl : \_\_\_\_\_

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tèl : \_\_\_\_\_

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

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tèl : \_\_\_\_\_

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tèl : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS PARENTALES

		utilisation en interne		utilisation en externe		cas particuliers
		oui	non	oui	non	
Prises et utilisation des vidéos, photos, voix	photos					
	vidéos					
	enregistrements sonores					

Autorise mon enfant à être transporté par les personnes de la structure (dans les véhicules de l'association ou celui des animateurs ou encore transport en commun)  Oui  NonAutorisation de baignade (avec surveillant de baignade et périmètre de sécurité)  Oui  NonAutorisation d'utiliser du maquillage  Oui  NonAutorise mon enfant à partir seul :  Oui  Non si oui quelle heure : \_\_\_\_\_

Autre élément à apporter : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tèl : \_\_\_\_\_

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

Vaccins obligatoires : **FOURNIR PHOTOCOPIE A JOUR****Maladies déjà contractées par votre enfant :** Angines  Coqueluche  Oreillons  Otites  Rougeole  Rubéole  Scarlatine  Varicelle

## 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 diagnosticExistence d'un PAI (projet d'accueil individualisé) :  Oui  Non si oui le joindre

Difficultés de santé et autres recommandations utiles : \_\_\_\_\_

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)