



**L'ENFANT / LE JEUNE**

Nom, Prénom de l'enfant \_\_\_\_\_  Fille  Garçon  
 Né (e) le ; \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_

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

Nom, Prénom du responsable 1 : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom du responsable 2 : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

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

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

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

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_  
 Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS PARENTALES**

		utilisation en interne		utilisation en externe		cas particuliers
		oui	non	oui	non	
Prises, enregistrements et utilisation de :	photos					
	vidéos					
	sons					

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  Non

Autorisation de baignade (avec surveillant de baignade et périmètre de sécurité)  Oui  Non

Autorisation d'utiliser du maquillage  Oui  Non

Autorise mon enfant à partir seul :  Oui  Non si oui quelle heure : \_\_\_\_\_

Autre élément à apporter : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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 diagnostic

Existence 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)