

1.ENFANT

NOM : FILLE GARCON
 PRENOM : ÂGE :
 DATE DE NAISSANCE :/...../..... NIVEAU SCOLAIRE :

2.RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE n°1

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél 1 :
 N° Tél 2 :

RESPONSABLE n°2

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél 1 :
 N° Tél 2 :

Autorité parentale conjointe : OUI NON
 Si non, qui a la garde exclusive de l'enfant ? :

Si les parents sont séparés, résidence principale de l'enfant ? : RESP n° 1 RESP n°2
 GARDE ALTERNEE

3.VACCINATIONS OBLIGATOIRES

<u>Vaccins obligatoires</u> (uniquement le DTPolio pour les enfants nés avant le 1 ^{er} janvier 2018)	<u>Date dernière injection</u>
Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTPolio)/...../.....
Coqueluche/...../.....
Haemophilus influenzae B/...../.....
Infections invasives à pneumocoque/...../.....
Hépatite B/...../.....
Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)/...../.....
Méningite/...../.....

4.ALLERGIES/MEDICAL

Votre enfant a-t-il une ou des allergies ? OUI NON Si oui, de quel type ?

ASTHME OUI NON
 ALIMENTAIRE OUI NON

Quel(s) aliment(s) ?.....

MEDICAMENTEUSE OUI NON

Quel(s) médicament(s) ?.....

AUTRE(S) :

Votre enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? OUI NON

(Si non, fournir un certificat médical de non contre indication à l'accueil en collectivité de votre enfant)

Le PAI prévoit-il une trousse d'urgence ? OUI NON

Si oui, quel(s) médicament(s) la compose(-nt) ?

Particularités de santé ne nécessitant pas la mise en place d'un PAI, à prendre en compte :

.....

Votre enfant porte-t-il ?

LUNETTES	OUI	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>
APPAREIL DENTAIRE	OUI	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>
PROTHESES AUDITIVES	OUI	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>
AUTRE(S).....				

Autorisez-vous le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant ? (soins de premiers secours, hospitalisation...)

OUI NON

N° sécurité sociale :

Nom assurance :

N° contrat d'assurance :

5. SPECIFICITES D'ACCUEIL

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

SANS PORC	OUI	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>
SANS VIANDE	OUI	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>

Autorisez-vous que votre enfant soit pris en photographie dans le cadre des activités péri & extrascolaires (création de panneaux photos, diffusion internet, facebook de la commune, presse) ?

OUI NON

Autorisez-vous votre enfant, s'il a au moins 10 ans, à venir et à partir seul de la structure ? (Si non, vous vous engagez à accompagner à son arrivée votre enfant jusqu'au portail où vous le remettrez à une personne de l'équipe qui le prendra en charge.)

OUI NON

6. PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER VOTRE ENFANT (autres que les parents)

Personne(s) autorisée(s) à récupérer votre enfant :

(des personnes supplémentaires peuvent être ajoutées sur votre portail famille)

PERSONNE n°1

NOM :

PRENOM :

N° Tél:

Lien :

PERSONNE n°2

NOM :

PRENOM :

N° Tél :

Lien :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

(des personnes supplémentaires peuvent être ajoutées sur votre portail famille)

PERSONNE n°1

NOM :

PRENOM :

N° Tél:

Lien :

PERSONNE n°2

NOM :

PRENOM :

N° Tél :

Lien :

Vous reconnaissez accepter le règlement intérieur, l'exactitude des renseignements fournis et vous engagez à transmettre toute modification d'information(s) concernant votre enfant.

Au Val, le :/...../.....

RESP LEGAL N° 1

RESP LEGAL N° 2

Signature(s)