

## 1. ENFANT

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

FILLE ☐ GARCON ☐  
 ÂGE : .....  
 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 : .....

Adresses mail N°1 : .....  
 N°2 : .....

Si les parents sont séparés l'autorité parentale est-elle 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 1/1/2018)	<u>Nombre d'injections :</u>	<u>Date de la dernière injection :</u>
<b>DT Polio</b> (Diphtérie Tétanos Poliomyélite / Coqueluche/ Haemophilus influenzae B)	.....	.....
<b>Hépatite B</b>	.....	.....
<b>Infections invasives à pneumocoque</b>	.....	.....
<b>ROR</b> (Rougeole Oreillons Rubéole)	.....	.....
<b>Méningite</b>	.....	.....

## 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 ☐ NON ☐  
 APPAREIL DENTAIRE OUI ☐ NON ☐  
 PROTHESES AUDITIVES OUI ☐ NON ☐  
 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 resp 1 : .....  
 N° sécurité sociale resp 2 : .....  
 Nom et n° de contrat d'assurance .....  
 N° allocataire CAF : .....

## 5. SPECIFICITES D'ACCUEIL

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

SANS PORC OUI ☐ NON ☐  
 SANS VIANDE OUI ☐ NON ☐

Autorisez-vous que votre enfant soit pris en photographie dans le cadre des activités périscolaires & 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 n°3

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 N° Tél: .....  
 Lien : .....

PERSONNE n°4

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 N° Tél : .....  
 Lien : .....

PERSONNE n°5

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 N° Tél: .....  
 Lien : .....

PERSONNE n°6

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)