

NOM :	Prénom :
Date de naissance : / /	Régime alimentaire : Sans porc ☐ Végétarien ☐
Sexe : F ☐ M ☐	

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Le Père			La Mère		
NOM	Prénom	té parentale	NOM	Prénom	té parentale
.....		☐			☐
Adresse (1)			Adresse (1)		
Tél domicile			Tél domicile		
Tél portable			Tél portable		
Adresse mail :			Adresse mail :		

(1) si différente du père

(pour l'administration : Jugement de divorce fourni Oui ☐ Non ☐)

Je soussigné(e) responsable légal de
l'enfant cité dans le premier cadre, l'autorise :

- A quitter seul la structure d'accueil (à partir du CE 1) : heure : jour : Oui ☐ Non ☐
- A participer aux activités de la structure d'accueil fréquentée Oui ☐ Non ☐
- A participer aux sorties de groupe de la structure d'accueil fréquentée Oui ☐ Non ☐

De plus, j'autorise le droit à l'image : Oui ☐ Non ☐

la structure d'accueil fréquentée pourra utiliser l'image de mon enfant (vidéos, photos) dans le cadre d'une publication interne et/ou externe (bulletin municipal, site internet Mairie, blog de la structure jeunes, presse écrite...).

- Test de natation remis à la structure fréquentée (pour les + de 10 ans) : Oui ☐ Non ☐

- Troubles de la santé : Allergies Médicamenteuses Oui ☐ Non ☐

(*) Asthme Oui ☐ Non ☐

(*) Allergie Alimentaire Oui ☐ Non ☐

(*) AUTRES
.....

(*) Pour ces troubles de la santé un PAI sera mis en place ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (pour les préados : si automédication le signaler)
.....

NOM et téléphone du médecin traitant
.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre
.....
.....

Personnes autorisées à récupérer l'enfant autre que les parents et téléphones :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

■ **VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-oreillons rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
ou DT Polio		BCG	
ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

■ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT**

L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil sur la structure ? Oui ☐ Non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

■ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE ☐ OUI ☐ NON	VARICELLE ☐ OUI ☐ NON	ANGINE ☐ OUI ☐ NON	SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE ☐ OUI ☐ NON	OTITE ☐ OUI ☐ NON	ROUGEOLE ☐ OUI ☐ NON	OREILLONS ☐ OUI ☐ NON	

■ Percevez-vous l'Aeeh ? Oui ☐ Non ☐ Si OUI fournir l'attestation CAF ou la notification MDPH
(information nécessaire à notre déclaration CAF)

■ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives et/ou dentaires, précisez :

.....
.....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant
..... déclare exacts les renseignements portés
sur cette fiche et autorise le responsable de la structure fréquentée à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je
m'engage également à apporter des modifications s'il y a lieu dans l'année.

Grenade, le :

Signature des parents :