

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de Naissance : / /

Age : Classe :

Sexe : Garçon Fille

ECOLE FREQUENTEE : Publique Guy Bernardeau Argenton Privée Notre Dame Argenton Publique Marcel Pagnol Bouillé

VOS BESOINS (à cocher) : RESTAURATION SCOLAIRE GARDERIE PERISCOLAIRE TAPS ALSH VACANCES

Nom et prénom Parent 1 : ☎ Portable : / / / /

Nom et prénom Parent 2 : ☎ Portable : / / / /

MEDECIN TRAITANT (Nom et Ville) ☎ / / /

FICHE MEDICALE :

Fournir la photocopie des vaccins obligatoires du carnet de santé comprenant nom/prénom et signature du médecin
(en cas d'absence de vaccins, veuillez svp fournir un certificat médical de non contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** à l'année? Oui Non Lequel.....
En cas de prise du traitement pendant les heures de présence à l'accueil, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

Votre enfant dispose-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) Oui Non
Si oui, le PAI doit nous être fourni dans une trousse individuelle à son nom prénom avec conduites à tenir / ordonnance et toutes informations nécessaires à l'administration des médicaments en cas d'urgence.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE*		VARICELLE*		ANGINE*		RHUMATISME* AIGÛ		SCARLATINE*	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE*		OTITE*		ROUGEOLE*		OREILLONS*			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES

Asthme Oui Non Fréquence crises :

Maquillage Oui Non

Alimentaires Oui Non Préciser.....

Médicamenteuses Oui Non Préciser.....

Autres Oui Non Préciser.....

Indiquez **les problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc...), les **contre-indications** ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler (ex : doit porter ses lunettes), en précisant les dates et **les précautions à prendre où conduites à tenir** :

.....

.....



AUTORISATIONS

Je soussigné, Mme/Mr responsable légal de l'enfant autorise les responsables de l'accueil de loisirs, de la garderie périscolaire et de la cantine, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical (hospitalisation, traitement médical ou intervention chirurgicale).

TRANSPORT CAR (si présences à l'ALSH lors de sorties en accueil de loisirs) :

J'accepte que mon enfant soit transporté en transport collectif (car) Oui Non

Autorisations de départ seul :

Mon enfant peut partir seul de l'alsh/garderie/taps Oui Non

NUMEROS URGENCE

Mon enfant peut partir avec les personnes suivantes autorisées et lien familiaux (frère/sœur/voisin/amie/oncle/tante/grands parents) (Noms- Prénoms / N° téléphone) : ces personnes seront susceptibles d'être appelé en cas de parent non joignables pour venir récupérer les enfants sur les différents temps périscolaires et alsh :

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS :

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS :

NOM /PRENOMS/NUMERO TEL/LIENS :

Signature parents / responsable légal :