

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

Date de naissance :

Garçon  Fille

Niveau de la classe fréquentée 2018-2019 :

## Personnes responsables de l'enfant :

Nom :  Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :  Portable :  Tél. professionnel :

Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

### Le responsable 1

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Téléphone :	<input type="text"/>		
Portable :	<input type="text"/>		
Lieu de travail :	<input type="text"/>		
Téléphone travail :	<input type="text"/>		

### Le responsable 2

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Téléphone :	<input type="text"/>		
Portable :	<input type="text"/>		
Lieu de travail :	<input type="text"/>		
Téléphone travail :	<input type="text"/>		

## Personnes autorisées à récupérer l'enfant et à contacter en cas d'urgence (Tout problème particulier devra être signalé aux services affaires scolaires)

Nom - Prénom	Téléphones	Lien de parenté	Autorisée à récupérer l'enfant	A contacter en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'animation

Votre enfant sait-il nager ?  OUI  NON      Votre enfant sait-il faire du vélo ?  OUI  NON

J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui pourraient être proposées par l'équipe d'animation. Un test préalable sera demandé pour les activités aquatiques et nautiques (canoë, kayak...).

**Droit à l'image** : J'autorise la diffusion et la publication des images prises de mon enfant dans le cadre de ses activités (communication de la Ville, mais en aucun cas à des fins d'exploitation commerciale).

J'autorise mon enfant à emprunter différents moyens de transport (autocar, minibus...) pour les activités.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Vaccinations :

OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date du dernier rappel	RECOMMANDÉES	Dates
DT POLIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	BCG	_____
TETRACOQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hépatite B	_____
				Coqueluche	_____
				Rubéole/oreillons/rougeole	_____

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DU CARNET DE VACCINATIONS**  
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé (PAI) :  OUI  NON

Si oui, joindre le protocole, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

### Maladies et Allergies :

1- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Votre enfant a-t-il des allergies ?

	Oui	Non	Précisons / conduite à tenir
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Régime alimentaire particulier : \_\_\_\_\_

3- Indiquez les difficultés de santé, antécédents médicaux, précautions à prendre et conduite à tenir :

\_\_\_\_\_

4- Précisez ici les recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, prothèses...) :

\_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ville à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :