



Accueil de loisirs « Les farfadets »

Ecole fréquentée

Nom de l'école :

Classe :

Modes de déplacement de l'enfant (cochez les cases correspondantes)

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs (le mercredi et les vacances) à partir de 16h30 et à rentrer par ses propres moyens **Oui** **Non**
(Nous consulter pour les cas particuliers)

ENFANT :

NOM :

Sexe : Fille Garçon

Prénom :

Date de naissance :

N°caf :

NOMS ET ADRESSES DES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

1-NOMS/Prénoms :.....**Tél domicile :**.....

Tél portable :.....**Tél professionnel :**..... **Mail :**.....

Adresse :.....**CP :**..... **Commune :**.....

2-NOMS/Prénoms :.....**Tél domicile :**.....

Tél portable :.....**Tél professionnel :**..... **Mail :**.....

Adresse :.....**CP :**..... **Commune :**.....

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et habilités à venir récupérer l'enfant

NOMS/Prénoms	Lien avec la famille	Téléphone fixe	Téléphone portable

Autorisation des parents ou du responsable légal : (cochez les cases correspondantes)

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs (Mercredis après-midi, vacances scolaires) et l'accepte
- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures de fonctionnement

J'autorise le directeur ou l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant. Je les autorise également à les diffuser dans le cadre de la valorisation des activités et projets mis en place (article de presse, affichage photos, site internet des Foyers Ruraux et de la Communauté de Communes Pyrénées Vallée des Gaves)

Mon enfant est autorisé à aller à la piscine (fournir copie du diplôme « test d'aisance aquatique » si obtenu. Il peut être nécessaire pour certaines activités aquatiques).

Mon enfant sait nager **OUI** **NON**

FICHE SANITAIRE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES :

Asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (*si automédication le signaler*) :

Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

MEDECIN TRAITANT : NOMS/Prénoms :Téléphone :

Pièces à fournir obligatoirement :

- Attestation d'assurance extrascolaire de l'enfant
- Photocopie de l'état des vaccinations de l'enfant (carnet de vaccinations). DTP obligatoire
- Photocopie de l'attestation de la CAF ou de la MSA, indiquant le Quotient Familial (QF)

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Fait à Le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)