

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

Nom	Prénom	Coordonnées téléphoniques
.....
.....
.....
.....
.....

Autorisations parentales

Nous soussignons Madame / Monsieur
Responsable(s) de l'enfant

✓ Autorisons les personnes suivantes à récupérer notre enfant à la sortie du centre de loisirs.

Nom et Prénom	Lien de parenté	Age (si mineur)	N° de téléphone	Signature des parents
			1-..... 2-.....	
			1-..... 2-.....	
			1-..... 2-.....	

✓ Autorisons les interventions médicales et chirurgicales, les hospitalisations ainsi que les traitements médicaux, rendus nécessaires par l'état de notre enfant
oui
non

✓ Autorisons notre enfant à rentrer seul (exclusivement pour les enfants non inscrits au centre de loisirs)
oui
non

✓ Autorisons les prises de photos et de vidéos de notre enfant ainsi que la publication et la diffusion gratuite de celles-ci dans des expositions et journaux diffusés par la mairie de Thourotte
oui
non

✓ Autorisons notre enfant à participer aux sorties prévues et imprévues en fonction de l'évolution du planning d'activités lié aux conditions météorologiques.
oui
non

✓ Autorisons notre enfant à être transporté par le moyen de transport retenu par l'organisateur afin de permettre le déroulement des sorties
oui
non

Fait à, le / /

Signature des parents ou du responsable légal*

*Même en cas de séparation, la signature des deux parents est impérative.

Fiche Sanitaire de l'enfant

Médecin traitant Nom : Commune :
Téléphone :

Vaccinations

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination.

Si une contre indication a empêché la vaccination, un certificat médical doit être fourni.

Votre enfant a t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>

Votre enfant souffre t-il d'une allergie, d'une maladie chronique (asthme...)

- Allergie alimentaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez
- Intolérance alimentaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez
- Autre allergie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez
- Maladie chronique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez

Merci de joindre le **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** à ce dossier (à réclamer au directeur du centre de loisirs ou au secrétariat scolaire).

Votre enfant porte : des lunettes un appareil auditif un appareil dentaire

Si oui, y a-t-il une conduite particulière à tenir ?

.....
.....

Autres observations

.....
.....

Nous soussignons Madame / Monsieur
**responsable(s) de l'enfant , déclarons exacts
les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.**

Fait à , le / /

Signature **des parents** ou du responsable légal*

***Même en cas de séparation, la signature des deux parents est impérative.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription de votre enfant. Le destinataire des données est le secrétariat scolaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat scolaire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.