

AJICO – Passerelle 10 - 12 ans

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ **Garçon** **Fille**

AUTORISATIONS PARENTALES

● Responsables légaux de l'enfant

Nom : Prénom :
 Adresse : Commune.....
 Tél. portable : Tél. portable :
 E-Mail :
 N° Allocataire CAF / MSA.....

● Point de ramassage Navette

Les Touches : La Marchanderie Le parking salle Polyvalente

● Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom - Prénom : Nom - Prénom :
 Tél. : Tél. :

● Soins d'urgence / hospitalisation

Je soussigné(e) Mr ou Mme autorise les responsables de la structure à présenter mon enfant (nom et prénom) à un médecin, de préférence le Docteur Tél. : en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire à l'hospitaliser.

● Autorisation de départ

Peut-il partir seul à la fin de l'accueil / Activité / Navette OUI NON

● Droit à l'image

J'autorise la diffusion des photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des activités péri et extra scolaires (publications municipales) OUI NON

INFORMATIONS SANTÉ

● Vaccinations (se référer au carnet de santé) :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DU DERNIER RAPPEL
DT polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)	

● Allergies :

Précisez :	PAI		Traitement médical	
	oui	non	oui	non
Alimentaires				
Asthme				
Médicamenteuses				
Autre				

Notification MDPH : oui non

Pour tout traitement médical, joindre un certificat médical, l'ordonnance et les médicaments (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice).

● Autres informations

(Maladie, accident, hospitalisation, opération ...) en précisant les dates et **les précautions à prendre et toutes les informations que vous jugerez utiles** :

.....

Je soussigné(e),
 responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements ci-dessus.

Fait à

Le

Signature :