****

 

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022**

|  |
| --- |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Garçon** 🞎 **Fille** 🞎(***Pour les + 14 ans***) Mail et Tel du jeune : -------------------------------------------- -------------------------------------------- |

**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**

**Casson :**  ⬜Le pas chevalier ⬜Le château d’eau ⬜place Montréal

**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 del’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** (**D**iphtérie, **T**étanos, **Polio**myélite) |  |

 ⚫ **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 :