

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Numéro de téléphone domicile:/...../...../...../..... Ou portable/...../...../...../.....

Numéro du travail/...../...../...../..... Ou autre (précisez)/...../...../...../.....

QUESTIONNAIRE SANTE :

Suit-il un traitement médical ? **OUI** **NON**

Si oui, lequel et sous quelle forme (*en cas de PAI merci de nous le faire passer avec l'ordonnance et les médicaments*)?
.....

A-t-il des problèmes d'allergies ? **OUI** **NON**

Si oui, lesquels ?

Pouvons-nous le maquiller lors de fêtes qui seraient organisées ? **OUI** **NON**

Suit-il un régime alimentaire (pour raison médicale uniquement) ? **OUI** **NON**

Si oui, lequel ?

Nom du médecin traitant : n° de téléphone:/...../...../...../.....

Précisez les restrictions alimentaires ou physiques éventuelles (fournir un certificat médical ou PAI) ou toutes autres observations particulières (phobies d'insectes, d'animaux):
.....

N° et adresse de l'assurance extrascolaire ou responsabilité civile:
.....
.....

AUTORISATIONS PARENTALES

◆ J'autorise l'équipe d'animation à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou de maladie ?..... **OUI** **NON**

◆ J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et des TAP, et en approuve les modalités de fonctionnement, d'inscription, et de paiement ?.....
..... **OUI** **NON**

◆ J'autorise l'équipe d'animation à photographier et/ou à filmer mon enfant lors d'actions de communication intercommunale, sur internet, d'exposition, sans contrepartie pour l'ayant droit ?
..... **OUI** **NON**

◆ J'autorise mon enfant à utiliser les transports en communs ou le minibus pour se rendre sur les activités organisées par l'accueil de loisirs, ainsi que le déplacement à pied ?

..... **OUI** **NON**

Fait à SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

Le.....