

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ENFANT

## 1- ENFANT (\*)

Sexe :  Féminin  Masculin

NOM - Prénom : .....

Date de naissance : .....

Ecole fréquentée : .....

Classe : .....

Mon enfant bénéficie de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé ?  Oui  Non

Mon enfant a appris à nager ?  Oui  En cours  Non

Mon enfant sait faire du vélo ?  Oui  Non  Avec des roulettes

Compagnie d'assurance

N° de contrat (Extra-scolaire) .....

## 2- AUTORISATIONS (\*)

Je, soussigné(e) ....., responsable légal(e) de l'enfant :

autorise mon enfant à participer aux activités de l'accueil de loisirs "Ambimômes", dont les sorties.

autorise mon enfant à participer aux activités sportives.

*↳ En cas de contre-indication médicale, merci de nous fournir un certificat médical.*

autorise la directrice à transporter mon enfant dans son véhicule personnel (uniquement dans le cadre d'une urgence ou d'un transport exceptionnel).

autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à transporter mon enfant dans un transport collectif.

autorise les personnes MAJEURES suivantes à venir chercher mon enfant :

Interdit	NOM - Prénom	Numéro de téléphone
<input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....

*↳ Le cas échéant, merci de nous fournir une copie du jugement du tribunal*

autorise l'Association Familiale d'Ambillou, représentée par le Président Rodolphe ROUAULT et l'Accueil de Loisirs « Ambimômes », représenté par la Directrice Aline MEUNIER, à photographier et à filmer mon enfant durant les activités se déroulant sur le temps et dans le cadre du séjour et j'accepte que les photos et films, sur lesquels mon enfant apparaît, soient diffusés :

- lors d'expositions internes à la vie de l'accueil de loisirs et de l'association,
- dans le magazine interne à la vie de l'accueil de loisirs et de l'association,
- lors de projections vidéo dans le cercle de l'accueil de loisirs,
- dans la presse locale (Nouvelle République, bulletins communaux ou intercommunaux...),
- sur les supports des intervenants (associations sportives,...) au sein d'Ambimômes.

Date : ...../...../20.....

Signature :

(\*) Merci de cocher la/les cases correspondant à votre choix

# FICHE MEDICALE - ENFANT

## 1- ENFANT (\*)

NOM - Prénom : .....  
 Date de naissance : .....

Garçon  
 Fille

## 2- VACCINATIONS OBLIGATOIRES

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois
<b>Pour les enfants nés avant le 01/01/2018</b>						
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite	...../...../.....	...../...../.....		...../...../.....		
<b>Pour les enfants nés à partir du 01/01/2018</b>						
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche - Hépatite B - Haemophilus influenzae de type B - Pneumocoque	...../...../.....	...../...../.....		...../...../.....		
Méningocoque C			...../...../.....		...../...../.....	
Rougeole - Oreillons - Rubéole					...../...../.....	...../...../.....

## 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (\*)

Médecin traitant : ..... Numéro de téléphone : .....  
 Adresse : .....

**AUCUN MEDICAMENT NE SERA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.**

Votre enfant a-t-il besoin d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) ?  Non

Sans traitement      *Le P.A.I. concerne le trouble de santé suivant :*  
 Avec traitement

### ALLERGIES

Asthme       Oui       avec crises fréquentes       avec crises peu fréquentes

Remarque : .....

Alimentaires       Oui

Médicamenteuses       Oui

Autre(s)       Oui

Précisez la conduite à tenir : .....

Votre enfant porte :      Remarque(s) :

des lunettes  
 des prothèses auditives  
 un appareil dentaire

Merci d'indiquer les éventuelles difficultés de santé (*Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?  Non

Sans viande       Sans porc      Autre : .....  
 Sans poisson       Végétarien

## 4- AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant :

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.  
 autorise la directrice de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale décidée par un médecin) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et m'engage à en assumer les frais.

souhaite que mon enfant soit transporté à l'hôpital       Clocheville       .....

Date : ...../...../20.....

Signature :

(\*) Merci de cocher la/les cases correspondant à votre choix