

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

Merci de télécharger l'**ATTESTATION D'ASSURANCE (EXTRA-SCOLAIRE) DE VOTRE ENFANT** en vérifiant la date de validité et portant la mention "**Responsabilité Civile**", dans l'encart "MES DOCUMENTS A ENVOYER" de votre espace Famille, (à réception du lien de connexion).

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"/>

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

autorise les représentants de l'Association Familiale d'Ambillou et de l'Accueil de loisirs "Ambimômes" à photographier et à filmer mon enfant durant les activités se déroulant sur le temps et dans le cadre du séjour, dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.

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

Merci de télécharger la copie du **CARNET DE VACCINATION DE VOTRE ENFANT** en vérifiant que **son nom et son prénom** sont bien inscrits en haut de la page dans l'encart "MES DOCUMENTS A ENVOYER" de votre espace Famille, (à réception du lien de connexion).

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (*)

Médecin traitant : Numéro de téléphone :
Ville :

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 avec ordonnance, hospitalisation décidées par le SAMU, 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