

1.ENFANT

NOM :	FILLE <input type="radio"/> GARCON <input type="radio"/>
PRENOM :	ÂGE :
DATE DE NAISSANCE :/...../.....	NIVEAU SCOLAIRE :

2.RESPONSABLES LEGAUX

<p><u>RESPONSABLE n°1</u></p> <p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>N° Tél 1 :</p> <p>N° Tél 2 :</p> <p>Adresses mail N°1 :</p> <p style="padding-left: 40px;">N°2 :</p>	<p><u>RESPONSABLE n°2</u></p> <p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>N° Tél 1 :</p> <p>N° Tél 2 :</p>
<p>Si les parents sont séparés l'autorité parentale est-elle conjointe ? : OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/></p> <p>Si non, qui a la garde exclusive de l'enfant ? :</p>	
<p>Si les parents sont séparés, résidence principale de l'enfant ? : RESP n° 1 <input type="radio"/> RESP n°2 <input type="radio"/></p> <p style="padding-left: 100px;">GARDE ALTERNEE <input type="radio"/></p>	

3.VACCINATIONS OBLIGATOIRES

<u>Vaccins obligatoires</u> <small>(uniquement le DTPolio pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018)</small>	<u>Date dernière injection</u>
Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTPolio)/...../.....
Coqueluche/...../.....
Haemophilus influenzae B/...../.....
Infections invasives à pneumocoque/...../.....
Hépatite B/...../.....
Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)/...../.....
Méningite/...../.....

4.ALLERGIES/MEDICAL

Votre enfant a-t-il une ou des allergies ? OUI NON Si oui, de quel type ?

ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRE OUI NON

Quel(s) aliment(s) ?.....

MEDICAMENTEUSE OUI NON

Quel(s) médicament(s) ?.....

AUTRE(S) :

Votre enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? OUI NON

(Si non, fournir un certificat médical de non contre-indication à l'accueil en collectivité de votre enfant)

Le PAI prévoit-il une trousse d'urgence ? OUI NON

Si oui, quel(s) médicament(s) la compose(-nt) ?

.....

.....

Particularités de santé ne nécessitant pas la mise en place d'un PAI, à prendre en compte :

.....

.....

.....

Votre enfant porte-t-il ? LUNETTES OUI NON
 APPAREIL DENTAIRE OUI NON
 PROTHESES AUDITIVES OUI NON
 AUTRE(S).....

Autorisez-vous le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant ? (soins de premiers secours, hospitalisation...)

OUI NON N° sécurité sociale resp 1 :
 N° sécurité sociale resp 2 :
 Nom et n° de contrat d'assurance
 N° allocataire CAF :

5. SPECIFICITES D'ACCUEIL

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

SANS PORC OUI NON
 SANS VIANDE OUI NON

Autorisez-vous que votre enfant soit pris en photographie dans le cadre des activités périscolaires & extrascolaires ? (création de panneaux photos, diffusion internet, facebook de la commune, presse) ?

OUI NON

Autorisez-vous votre enfant, s'il a au moins 10 ans, à venir et à partir seul de la structure ? (Si non, vous vous engagez à accompagner à son arrivée votre enfant jusqu'au portail où vous le remettrez à une personne de l'équipe qui le prendra en charge.)

OUI NON

6. PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER VOTRE ENFANT (autres que les parents)

Personne(s) autorisée(s) à récupérer votre enfant :

(des personnes supplémentaires peuvent être ajoutées sur votre portail famille)

PERSONNE n°1

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél:
 Lien :

PERSONNE n°2

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél :
 Lien :

PERSONNE n°3

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél:
 Lien :

PERSONNE n°4

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél :
 Lien :

PERSONNE n°5

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél:
 Lien :

PERSONNE n°6

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél :
 Lien :

Vous reconnaissez accepter le règlement intérieur, l'exactitude des renseignements fournis et vous engagez à transmettre toute modification d'information(s) concernant votre enfant.

Au Val, le :/...../.....

RESP LEGAL N° 1

RESP LEGAL N°2

Signature(s)