**ENFANT (joindre une photo récente)**

Nom……………………………………………………….. Prénom……………………………………………………….

Date de Naissance…………………………………… Classe année 2022/2023……………………………..

Type de Menu □ Menu Standard □ Menu sans porc □ Menu sans viande

**RESPONSABLE DE L’ENFANT**

**Parent 1**

Nom et Prénom …………………………………. Lien de parenté……………………………………………………

Adresse ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Domicile ………………………  Portable ……………………  Professionnel…………………….

Adresse Mail ……………………………………………………………… @ …………………………………………………………….

 **Parent 2**

Nom et Prénom …………………………………. Lien de parenté……………………………………………………

Adresse ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Domicile ………………………  Portable ……………………  Professionnel…………………….

Adresse Mail ……………………………………………………………… @ …………………………………………………………….

**AUTORISATION DE L’ENFANT**

J’autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé durant les accueils périscolaire/extrascolaire :

□ oui □ non

J’autorise que mon enfant apparaisse sur les photos ou films publiés :

□ Dans les journaux □ Sur les réseaux sociaux □ Les magazines, les affiches ou sur le site internet

J’autorise le secrétariat à consulter le site de la CAF pour me faire profiter d’un tarif en fonction du quotient familial

□ oui ajoutez votre numéro allocataire CAF…………………………….. □ non

J’autorise mon enfant à quitter seul L’AL après l’activité (précisez l’heure) …………………….

□ oui □non

**ASSURANCE EXTRASCOLAIRE DE L’ENFANT**

Nom de l’organisme : ……………………………………………………………………………………………………………………

N° d’adhérent : …………………………………………………………………………………………………………………………….

**Joindre une copie de l’attestation d’assurance**

**PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPERER L’ENFANT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** |  |  |  |  |
| **Lien avec l’enfant** |  |  |  |  |
| ☎️ Téléphone Emoji |  |  |  |  |

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D’URGENCE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** |  |  |  |  |
| **Lien avec l’enfant** |  |  |  |  |
| ☎️ Téléphone Emoji |  |  |  |  |

**Nom et prénom du médecin traitant : ……………………………………………** **……………………………………**

**J’autorise mon enfant à être transféré à l’hôpital de ………………………………………….. Accompagné du ou de la directeur/directrice** □ oui □ non

**FACTURATION**

**En cas de garde alternée, à qui doit-on adresser la facture**

□ Père □ Mère

□ Aux deux parents, en fonction des semaines de garde de chacun (précisez les périodes au responsable de l’AL)

Je soussigné …………………………………………………………………, responsable de l’enfant………………………. Déclare exacts les renseignements fournis sur cette fiche.

Fait à ……………………………………….. Signature

Le …………………………………………………..

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° de sécurité social auquel est rattaché l’enfant : ………………………………………………………………………………………

**VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l’enfant)**

**Joindre une copie du carnet de santé**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS | OUI | NON | DATES DESDERNIERS RAPPELS | VACCINS | DATES DESDERNIERS RAPPELS |
| Diphtérie |   |   |   | Hépatite B |   |
| Tétanos |   |   |   | Rubéole Oreillons Rougeole |   |
| Poliomyélite |   |   |   | Coqueluche |   |
| DT Polio ou Tétra coq |   |   |   | Autres (à préciser) |   |
| BCG |   |   |   |   |   |

Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical : □ oui □ non

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant ainsi que la notice)**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L’enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Rhumatisme articulaire aigu** | **scarlatine** |
| □ oui □ non | □ oui □ non | □ oui □ non | □ oui □ non | □ oui □ non |
| **Coqueluche** | **otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Méningite** |
| □ oui □ non | □ oui □ non | □ oui □ non | □ oui □ non | □ oui □ non |

**ALLERGIES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asthme** | **Médicamenteuse** | **Alimentaire** | **autres (précisez)** |
| □ oui □ non | □ oui □ non | □ oui □ non |   |

**Si votre enfant doit avoir un traitement particulier pour son allergie ou un soin, merci de prendre un rendez-vous avec le responsable de l’AL pour éventuellement mettre en place un PAI (protocole d’Accompagnement Individualisé)**

**Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir :**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**L’enfant présente-t-il des problèmes de santé (maladie, accident, crises, hospitalisation, rééducation). Précisez les dates et les précautions à prendre.**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**En cas de mise en place d’un Projet d’Accueil Individualisé (PAI), merci de nous convier à la réunion faite en lien avec l’école et le médecin C’est très important pour votre enfant et pour l’équipe d’animation.**

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**Votre enfant porte t’ il des lunettes, lentilles, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc…**

**Précisez**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Je soussigné (e) ……………………………………………………….., responsable de l’enfant ……………………….**

**Déclare exacts les renseignements fournis sur cette fiche sanitaire de liaison**

Fait à ……………………………………….. Signature