

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES(*)
POUR LES ACTIVITES PERI ET EXTRASCOLAIRES
A retourner au service scolaire de la Mairie

JEUNE	ANNÉE : 20..
--------------	---------------------

NOM : Prénom :

Date de naissance : Fille Garçon

☎ ☒ @

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
----------------------------	----------------------------

Nom Nom

Prénom Prénom

Date de naissance Date de naissance

Adresse Adresse

☎ Fixe ☎ Fixe

Portable Portable

Professionnel Professionnel

☒ @ ☒ @

Mariés Vie maritale Pacs Séparés Divorcés Veuf (ve) Célibataire

J'AUTORISE MON ENFANT A QUITTER LA STRUCTURE SEUL :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--	---

DROIT A L'IMAGE

Je cède oui non le droit à l'image de l'enfant dont je suis le représentant légal ainsi que l'exclusivité des droits de reproduction et de représentation sur tous supports, des photographies de mon enfant réalisées par les accueils de loisirs (ALSH et MDJ) de la Commune de LINAS et autorise la Commune de LINAS, à conserver, divulguer, publier, adapter, diffuser ou exploiter, pour le monde entier, les prises de vues à compter de la date de signature du présent formulaire et pour une durée de deux ans.

Cette cession se fait sans contrepartie financière.

TRANSPORT

J'autorise oui non mon enfant à être transporté en minibus ou en car (société) dans le cadre d'une sortie ou d'une activité extérieure.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du service enfance scolaire jeunesse, et m'engage à le respecter :

Date :

Signature(s) :

FICHE SANITAIRE

AUTORISATIONS PARENTALES DES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant sur la structure :

Nom Prénom Lien avec le jeune

☎ Fixe Portable..... Professionnel

Nom Prénom Lien avec le jeune

☎ Fixe Portable..... Professionnel

Nom Prénom Lien avec le jeune

☎ Fixe Portable..... Professionnel

VACCINATIONS : FOURNIR LA COPIE DES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical régulier** ? oui non

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant doit-il suivre un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** ? oui non

Si oui, dossier à constituer auprès du médecin scolaire

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** . :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :