

## AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant :

A arriver seul :  Oui  Non **A rentrer seul** :  Oui  Non Si oui, à partir de .....

A jouer sur le **trampoline** ou structure gonflable :  Oui  Non

A utiliser tous **moyens de transport** nécessaires aux animations et temps de vie quotidienne de l'ALSH (à pied, à vélo, en car, en train) :  Oui  Non

J'autorise l'association Familles Rurales à reproduire et à diffuser les **photographies et/ou vidéos**  Oui  Non

Photos ou vidéos de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivant : journaux Familles Rurales, journaux locaux, site internet Familles Rurales, illustration de documents d'informations Familles Rurales, diffusion aux familles membres. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant les photographies et/ou vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

## ENGAGEMENT DES PARENTS

### Responsables du mineur :

NOM : .....

Prénom : ..... Téléphone : .....

NOM : .....

Prénom : ..... Téléphone : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal du mineur.

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ainsi que sur le PRTAIL FAMILLES et m'engage à les réactualiser en cas de changement.
- Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaire par l'état de santé de ce mineur.
- Certifie avoir lu le règlement intérieur et m'engage à le respecter.
- M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'ALSH, y compris les éventuels frais médicaux.

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

Signatures

## FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE ALSH de la Vallée

### IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : ..... Sexe : M - F

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : ..... Poids : ..... Taille : .....

Habite à l'adresse :  des parents  de la mère  du père  autre (préciser)

.....

### **Personnes et numéros de téléphone, à joindre en priorité**

(en cas de retard, urgence ou incident)

Nom – Prénom : ..... Tél : .....

Nom – Prénom : ..... Tél : .....

Nom – Prénom : ..... Tél : .....

### INFORMATIONS MEDICALES IMPORTANTES

**ALLERGIE** : Alimentaire :  Oui Précisez .....

Médicamenteuse :  Oui Précisez .....

Autre  Oui Précisez .....

**REGIME ALIMENTAIRE** Sans porc :  Oui Végétarien :  Oui

Autre (précisez) : .....

**AUTRES PROBLEMES DE SANTE** (Blessure, handicap) :

.....

**PAI** (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non

Merci de fournir un certificat médical, expliquant les signes évocateurs en cas d'allergie, le protocole à suivre et de **prendre contact avec l'équipe de direction.**

## TRAITEMENT MEDICAL

**Attention : Il est interdit aux enfants de garder tout médicament avec ou sans ordonnance, ils doivent IMPERATIVEMENT être confiés aux animateurs.**

Votre enfant suit un traitement médical pendant le séjour :  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance en cours de validité et les médicaments dans leur emballage d'origine dans une trousse marquée au nom de l'enfant

**Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.**

## AUTRES INFORMATIONS MEDICALES

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter.

Port de lunettes/lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, peur/phobie, difficulté du sommeil, handicap, blessures, signes évocateurs d'allergie, protocole à suivre, etc.....

N'hésitez pas à préciser ici, toutes informations nécessaires à l'accueil de votre enfant ou à prendre rendez-vous avec l'équipe de direction ou d'animation pour évoquer une situation particulière, et ce tout au long du séjour.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou certificats de vaccination. (Pas de photocopie)  
Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

	Oui	Non	Dates des derniers rappels
<b>Obligatoires</b>			
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
<b>Recommandés</b> (Obligatoires pour tous les enfants nés après le 1 <sup>er</sup> janvier 2018)			
Coqueluche			
Haemophilus			
Rougeole Oreillon Rubéole			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque C			

## INFORMATIONS LIEES AUX ACTIVITES

Mon enfant fait la sieste :  Oui  Non .....

Mon enfant sait faire du vélo :  Oui  Non .....

Mon enfant sait nager :  Oui  Non .....

Mon enfant sait faire du roller :  Oui  Non .....