

**PHOTO
OBLIGATOIRE**

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

Fille Garçon

AGE : ans DATE DE NAISSANCE : / /

LIEU DE NAISSANCE :

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

| Responsable légal 1 ou Tuteur | Responsable légal 2 ou Tuteur |
|--|--|
| Lien avec l'enfant : | Lien avec l'enfant : |
| Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Nom : Prénom : | Nom : Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| ① Domicile : | ① Domicile : |
| ① Portable : | ① Portable : |
| ① Professionnel : | ① Professionnel : |
| @ Courriel : | @ Courriel : |

INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin et hospitalisation

Médecin traitant : Lieu d'exercice :

Ville : ① Tél. :

Observations :

Habitude alimentaire

Régime particulier : Oui Non Précisez :

Maladie(s)

Rubéole / / Rougeole / / Coqueluche / /

Varicelle / / Oreillons / / Scarlatine / /

Autres maladies :

Allergie(s)

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

Asthmes respiratoires :

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Autres allergies :

Vaccin(s)

→ Joindre une photocopie du carnet de vaccination

En l'absence de vaccins obligatoires, cochez-la case ci-dessous :

Je reconnais que mon enfant n'est pas immunisé par le(s) vaccin(s) obligatoire(s) et je déclare posséder un certificat médical de contre-indication (à fournir)

**AUTRES PERSONNE(S) À PREVENIR EN CAS D'URGENCE
ET/OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT**

| | |
|---|---|
| Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> À prévenir <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à récupérer l'enfant ① Tél. : ① Portable : | Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> À prévenir <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à récupérer l'enfant ① Tél. : ① Portable : |
| Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> À prévenir <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à récupérer l'enfant ① Tél. : ① Portable : | Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> À prévenir <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à récupérer l'enfant ① Tél. : ① Portable : |

P.A.I. (PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ)

Protocole d'accueil individualisé PAI (si oui, précisez) :

Traitement médical sur temps scolaire, péri ou extrascolaire (si oui, précisez) :

Panier repas sur temps scolaire, péri ou extrascolaire (si oui, précisez) :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Si votre enfant porte des lunettes, lentilles, appareils dentaires...

.....

.....

.....

Autres recommandations utiles nécessitant une surveillance particulière de votre enfant
(maladie, hospitalisation, autres...). Précisez les dates :

.....

.....

.....

DROIT À L'IMAGE

Je (nous) soussigné(s) responsable(s) légal(aux) autorise(ons), le Service Education Enfance Jeunesse, à utiliser l'image de mon enfant sur les supports photographiques ou informatiques exclusivement sur la présentation et l'illustration des activités liées à l'enfance. Oui Non

INSCRIPTION ET AUTORISATION

Je (nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(ons) exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des structures d'accueil à transporter mon enfant dans un véhicule de la commune, et le cas échéant, prendre toutes les mesures nécessaire en cas d'urgence médicale.

Oui Non

Date et signature(s): Le /..../20...

Responsable légal 1

Responsable légal 2