

Fiche de renseignement enfant / jeune

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

Ecole

Classe

Pour les adolescents : numéro de téléphone Email :

Responsables légaux ou tuteur	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
Date de Naissance			
Adresse			
Code postal et ville			
Téléphone			

Pratique alimentaire : Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un repas sans porc sans viande

ATTESTATION MEDICALE (à remplir par le médecin) Accueil Collectif de Mineurs et l'animation sportive **Ou** fournir la copie du carnet de santé – page Vaccination

Je soussigné (e), **Docteur**

certifie que l'enfant

Est à jour de ses vaccins : Oui Contre-indication

Signature et tampon

Conformément à nos Règlements Intérieurs, vous êtes responsables du suivi de la vaccination de votre enfant

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à compléter par les parents

Eléments particuliers à signaler en fonction des animations proposées en complément à ce dossier

.....
 Pour certaines difficultés de santé, l'établissement d'un **Projet d' Accueil Individualisé (P.A.I)** est nécessaire. **A votre initiative, le .P.A.I.** est une démarche établie entre les responsables d'établissement scolaire, avec la présence d'un médecin scolaire et des responsables représentant nos structures et collectivités qui sont impliqués dans la vie de votre enfant souffrant d'un trouble chronique de santé. Il facilite l'accueil de votre enfant afin d'éviter l'exclusion, l'isolement.

PAI Oui Fournir régulièrement le document actualisé

Votre enfant est-il porteur de : lentilles , lunettes , prothèses dentaires , ou auditives autre

Information en cas de traitement médical

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Médecin traitant de votre enfant : Docteur..... 0.....

Pour tout élément médical évoqué ci-dessus, un échange d'information avec chaque responsable de structure est essentiel afin de mettre en œuvre un accueil adapté à votre enfant.

AUTORISATIONS

Maquillage : pour les fêtes et durant les animations **Oui** **Non**

Photographie / vidéo : **Oui** **Non**

Partir seul : J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités, après accord du responsable de l'activité **Oui** **Non**

Liste des personnes pouvant venir chercher mon enfant – munies d'une pièce d'identité obligatoire				
	Nom Prénom (par ordre d'appel)	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				
4				

- Je déclare exacts tous les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes mesures (traitements médicaux et hospitalisation) nécessaires.
- Je reconnais avoir lu les mentions légales concernant la protection de mes données personnelles et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation des données exprimées
- Je récupérerai tous les documents d'ordre médical et les médicaments en fin de période.
- Je certifie avoir accepté, informé et co-signé (parents, tuteurs et enfants) la charte du Vivre Ensemble.
- Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs régissant chaque activité.
- Pour toute décision de justice que vous considèrerez comme importante, merci de nous présenter l'original et la copie de l'extrait de jugement qui fera, si nécessaire, l'objet d'un entretien avec le(s) responsable(s) du(des) service(s) qui vous contactera(ont).

Signature du ou des responsable (s) légal (aux) de l'enfant