

Documents à fournir : photocopie des vaccins attestation d'assurance extrascolaire photo récente

NOM de l'enfant :	PRENOM de l'enfant :	Classe (en septembre 2017):
Date de naissance: / /		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon

COORDONNEES des parents			
Situation de famille : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf (ve) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé/séparé <input type="checkbox"/> Pacsé			
	PARENT 1	PARENT 2	AUTRE REPRESENTANT LEGAL :
Nom et Prénom			
Téléphone fixe	/ / / /	/ / / /	/ / / /
Téléphone portable	/ / / /	/ / / /	/ / / /
Profession et nom de l'employeur			
Téléphone travail	/ / / /	/ / / /	/ / / /
Adresse postale			
Adresse mail	@	@	@

RENSEIGNEMENT MEDICAUX de l'enfant								
Nom du médecin traitant			Adresse				Numéro de téléphone	
L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes ?								
RUBEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OTITE	VARICELLE	SCARLATINE	ROUGEOLE	ANGINE	COQUELUCHE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant a t'il des allergies ? (asthme, médicamenteuses, alimentaires, autres,...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								
Si oui, quelle(s) allergie(s) et quelle conduite à tenir ? :								
Recommandations utiles des parents : (lunettes, prothèse, difficultés de santé, traitement médical,...)								

AUTORISATIONS PARENTALES	
Je (nous) soussigné (ons),	
AUTORISE(NT) mon enfant à quitter seul les locaux après les TAP et décharge l'organisateur, le directeur et l'animateur référent de toutes responsabilités (à partir de 6 ans)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input checked="" type="checkbox"/> AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil :	
Nom, Prénom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	/ / / /
<input checked="" type="checkbox"/> AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :	
Le TAP (journal de bord, fresque ...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La presse Locale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le site internet de la mairie ou de l'association Familles Rurales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input checked="" type="checkbox"/> AUTORISE(NT) le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	
<input checked="" type="checkbox"/> CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement ainsi que du Projet Pédagogique de la structure.	

Signature du parent 1

Signature du parent 2

Signature du tuteur légal