

Fiche de renseignement enfant / jeune : Enfant

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe (F ou M)

École

Classe

Responsables légaux ou tuteur	Parent 1 de l'enfant	Parent 2 de l'enfant	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*

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 pour 2020/2021 : Oui Contre-indication

La connaissance de certains éléments de santé est indispensable pour le personnel encadrant de nos structures.

Des renseignements considérés comme utiles peuvent être joints en complément de cette attestation.

Suivant les problèmes de santé évalués, la démarche de mettre en place un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** est un garant de sécurité pour l'enfant lors de l'accueil dans nos structures.

Fait-le

Signature et tampon

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à compléter par les parents

Éléments 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.

Il est à réactualiser chaque année scolaire. **PAI Oui joindre obligatoirement le document**

Fourni

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



Pour tout ordre d'élément médical évoqué ci-dessus, ou autre, un échange d'information avec un des agents d'accueil et 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**

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

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 et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation de celles-ci

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 responsable du service enfance qui vous contactera.

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