

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

ACCUEILS PERISCOLAIRES:

J'autorise mon enfant à partir seul des accueils périscolaires oui non

Nom Prénom	Lien avec l'enfant

J'autorise mon enfant à se rendre à son activité extrascolaire le
 Seul oui non accompagné de

ACCUEIL DE LOISIRS DES MERCREDIS ET VACANCES:

J'autorise mon enfant à partir seul du centre de loisirs oui non

Nom Prénom	Lien avec l'enfant

J'autorise mon enfant à se rendre à son activité extrascolaire le
 Seul oui non accompagné de

**FICHE SANITAIRE ACCUEILS PERISCOLAIRES
 GARDERIE-TEMPS DU MIDI
 2018-2019**

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Classe de :

Père	Mère
Nom:.....	Nom:.....
Prénom:.....	Prénom:.....
Adresse:.....	Adresse:.....
Ville:.....	Ville:.....
Tél. Fixe:.....	Tél. Fixe:.....
Tél. Mobile:.....	Tél. Mobile:.....
Adresse e-mail:.....	Adresse e-mail:.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MALADIES :

Maladies	Oui	Maladies	Oui
Rubéole		Coqueluche	
Oreillons		Scarlatine	
Rougeole		Angines	
Varielle		Otitis	
Infections urinaires		Rhumatisme articulaire aigu	

ALLERGIES :

	Oui	Précisez
Asthme		
Allergies médicamenteuses		
Allergies alimentaires		
Autres:		

Si l'enfant suit un traitement médical, veuillez fournir, avec les médicaments prescrits, une ordonnance récente et une note explicative.

PROBLEMES DIVERS :

Hospitalisation, autres maladies, accident, crises convulsives, énurésie ...

Précisez :

.....

VACCINATIONS :

Fournir la photocopie des pages requises du carnet de santé de l'enfant.

Les vaccinations obligatoires doivent impérativement être à jour.

Si l'enfant n'est pas vacciné, un certificat médical de contre-indication doit être fourni.

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :

	Oui	Précisez
Port de lunettes		
Prothèses auditives		
Prothèses dentaires		
Autres:		

J'autorise la commune de Mont-près-Chambord à utiliser pour ses publications les clichés photographiques de mon enfant effectués par les animateurs. Cette autorisation est donnée sans limitation de durée.

OUI NON

Je soussigné (e),
 responsable de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, en cas de besoin, le transport de mon enfant à l'hôpital le plus proche.

Date :

Signature :