



FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

Accueil de loisirs Familles Rurales du Pays d'Ornans

Fiche remplie le ... / ... / ...

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F – M
Date de naissance : / / Lieu de naissance : Age :
Ecole fréquentée : Classe :
Nom Prénom représentant légal **Tél** :

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : Prénom : Qualité : Tél :
Nom : Prénom : Qualité : Tél :
Nom : Prénom : Qualité : Tél :
Nom : Prénom : Qualité : Tél :

INFORMATIONS MEDICALES

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Médecin traitant :

Nom : Tél. du cabinet :
Adresse :

Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur son carnet de santé.
Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : Taille :

Suit-il un traitement médical Oui Non

Si oui, 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).

Allergies :

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres : Oui Non

En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Lesquels ?

.....
.....
.....
.....

CHOIX ALIMENTAIRES :

Sans Porc : Oui Non

Végétarien : Oui Non

Autres :

INFORMATIONS SPORTIVES :

Mon enfant sait nager : Oui Non

Certificat de natation : Oui Non

Mon enfant sait faire du vélo : Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...

.....
.....

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e), déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :

Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.

Autorise seulement les personnes habilitées (mentionnées ci-dessus) à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs.

Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile Oui Non

En cas de réponse positive : à partir deh....., le(les) jours(s) suivant(s) :

Fiche du droit à l'image signée : Oui Non

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs comprenant du transport (bus avec chauffeur, minibus, et exceptionnellement, voitures particulières.)

Oui Non

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Les Parents ont pris connaissance et acceptent les dispositions du présent règlement intérieur. Il peut être modifié selon la nécessité par avenant en cours d'année. L'avenant sera applicable le mois suivant sa diffusion.

MISE A JOUR DE LA FICHE

Mise à jour du .../.../...

Mise à jour du .../.../...

Mise à jour du .../.../...

Mise à jour du .../.../...

Mise à jour du .../.../...

Mise à jour du .../.../...

Fait à : Le :

Signature du tuteur légal 1
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du tuteur légal 2
Précédée de la mention « lu et approuvé »