

**L'enfant**

Nom ..... Prénom .....

Sexe M  F

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

Numéro de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché .....

Nom du médecin traitant ..... Tél. médecin .....

J'autorise mon enfant à quitter seul le périscolaire : Oui  Non

**Vaccinations**

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant (joindre une photocopie des vaccins). Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI  NON

Si oui, lors de sa venue à l'accueil de loisirs, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquée au nom de l'enfant avec la notice)

**Allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres)**

Type d'allergie/précision sur l'allergie	Conduites à tenir

**Pratiques alimentaires / allergènes (cocher une seule case)**

Sans viande       Sans porc       Sans moutarde\*   
 Sans poisson\*       Sans crustacés\*       Sans fruits à coques\*

\* Fournir un justificatif médical

**Les difficultés de l'enfant et les précautions à prendre (maladie, traitement, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de prothèses auditives, dentaires...)**

Mise en place d'un PAI : OUI  NON  (si oui, transmettre les documents correspondants)

Enfant reconnu MDPH : OUI  NON  (si oui, transmettre les documents correspondants)

L'enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ? OUI  NON

L'enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? OUI  NON

L'enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? OUI  NON

Difficultés de santé rencontrées	Dates	Précautions à prendre

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant autorise l'équipe de direction à :

- autorise mon enfant à participer aux activités du Service Périscolaire durant l'année 2024/2025 ;
- je certifie que les vaccinations sont à jour, que leur état de santé permet la vie en collectivité et la pratique des activités proposées ;
- je certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscriptions et d'annulations ;
- pratiquer les soins nécessaires ;
- faire pratiquer les actes médicaux et chirurgicaux jugés indispensables par le corps médical, à l'hôpital le plus proche.

Selon l'article R4127-42 du code de la santé publique, « en cas d'urgence, même si ses représentants légaux ne peuvent pas être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. »

- déclare sur l'honneur que mon enfant bénéficie d'une assurance responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers et couvrant les activités péri et extrascolaires
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : .....

Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »