



### **3°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical                    OUI                    NON

*Si oui ; joindre l'ordonnance et l'autorisation écrite des parents d'administration des médicaments par l'équipe d'animation avec les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)*

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

### **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

### **ALLERGIES :**

ASTHME                    OUI                    NON

ALIMENTAIRES                    OUI                    NON

MEDICAMENTEUSES                    OUI                    NON

AUTRES                    OUI                    NON

L'enfant a-t-il un **P A I (Projet d'Accueil Individualisé)** (joindre le protocole)

OUI                    NON

Précisez le type de l'allergie, les risques encourus et la conduite à tenir en cas de manifestation

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

### **INDIQUER CI-APRES :**

Les autres difficultés de santé :

Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre

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

### **4°) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....

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

## **5°) RESPONSABLES DE L'ENFANT**

### **Parent 1**

NOM.....

PRENOM.....

N° de Sécu :.....

Caisse :.....

Profession :.....

Employeur :.....

Lieu de travail:.....

Situation familiale :.....

Mail principal de la famille:.....@..... (en majuscules)

ADRESSE.....

Code Postal : ..... Ville :.....

Téléphone Domicile ..... Téléphone Domicile .....

Portable ..... Portable .....

Bureau..... Bureau .....

Personne à joindre autre que les responsables légaux :

Téléphone domicile .....

Portable .....

Bureau .....

Nom du médecin traitant .....

Téléphone du médecin .....

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant,  
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise la commune de cherisy à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre des activités du centre de loisirs.

Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise mon enfant à rentrer seul chez lui, et décharge la commune de cherisy de toutes responsabilités.

N'autorise pas mon enfant à rentrer seul chez lui mais autorise les personnes (indiquées sur la feuille suivante) à venir le chercher.

Déclare avoir consulté et être en accord avec le règlement intérieur des centres de loisirs.

Date :

signature :

OBSERVATIONS :

.....  
.....

NOM : ..... Prénom : .....  
Classe : .....



## AUTORISATION PARENTALE

**Cantine, Centre de Loisirs,  
Accueil périscolaire,  
mercredis et vacances**

Je soussigné(e).....

- **Autorise** les personnes figurant sur la liste ci-dessous à venir chercher mon enfant ..... au centre de loisirs (et / ou à l'accueil périscolaire), à la cantine

<i>NOM / Prénom</i>	<i>Lien de parenté</i>	<i>Téléphone</i>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Fait à ....., le.....

Signature DU RESPONSABLE de l'enfant