

ENFANT			
Nom :			
Prénom :			
Sexe : Masculin / Féminin			
Date de naissance :		Age de l'enfant :	
Lieu de naissance :			
Nom et ville de l'école :			
Classe de l'enfant en 2020/2021 :			
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE			
Assureur :			
Numéro :			
PERSONNES A CONTACTER			
CONTACT 1		CONTACT 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom:	
Type : Père / Mère / Autre (préciser)		Type: Père / Mère / Autre (préciser)	
Tél. Domicile :		Tél. Domicile :	
Tél. Portable :		Tél. Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
CONTACT 3		CONTACT 4	
Nom :		Nom:	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (préciser)		Type : Père / Mère / Autre (préciser)	
Tél. Domicile:		Tél. Domicile:	
Tél. Portable :		Tél. Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES					
<b>AUTORISATIONS</b>				<b>REPONSE</b>	
<b>Partir seul</b> : J'autorise mon enfant à repartir seul				OUI / NON	
<b>Droit à l'image</b> : Nous donnons notre consentement à la diffusion de l'image de notre enfant à titre gratuit, dans le cadre de reportages et d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures				OUI / NON	
<b>Baignade</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités de baignade sous surveillance				OUI / NON	
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant				OUI / NON	
<b>HANDICAP</b>				<b>REPONSE</b>	
<b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?				OUI / NON	
<b>CONTRE-INDICATION / OBSERVATION</b>					
INFORMATIONS MEDICALES					
<b>MEDECIN TRAITANT</b>			<b>TELEPHONE</b>		
<b>ALLERGIES</b>			<b>PRATIQUES ALIMENTAIRES</b>		
VACCINS	FAIT LE	DATE RAPPEL	MALADIES	OUI	NON
DTCPH			COQUELUCHE		
DTCPH HEPATITE B			OREILLONS		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B			ROSEOLE		
HEPATITE B			OTITE		
MENINGOCOQUE C			RUBEOLE		
PAPILLOMAVIRUS HUMAINS			SCARLATINE		
PNEUMOCOQUE			VARICELLE		
ROR			ROUGEOLE		