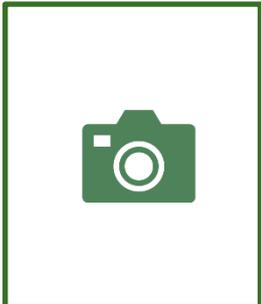


## Direction des activités périscolaires

Année Scolaire 20.... – 20....

**Accueil de loisirs :** .....

*Tout en souhaitant qu'il n'arrive aucun trouble grave, ni aucun accident à votre enfant que vous avez confié aux accueils de loisirs, il peut avoir besoin de soins médicaux urgents ou d'un transfert dans un hôpital. En de telles circonstances, et afin d'agir au mieux des intérêts de l'enfant, nous vous prions de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous :*



### 1. FICHE DE RENSEIGNEMENTS

<b><u>VOTRE ENFANT</u></b>	<b><u>ADRESSE DE L'ENFANT</u></b>
Nom : .....	N° : .....
Prénoms : .....	.....
Né(e) le : ___/___/___ à : .....	Bât : ..... Esc. : ..... Étage : ..... Porte : .....
École fréquentée : .....	CP : ..... Ville : .....
<b><u>PARENT 1</u></b>	<b><u>PARENT 2</u></b>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Profession : .....	Profession : .....
Lieu de travail : .....	Lieu de travail : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
(Tél): ___/___/___/___/___	(Tél): ___/___/___/___/___
(Tél pro): ___/___/___/___/___	(Tél pro): ___/___/___/___/___
Courriel : .....	Courriel : .....
N° sécurité sociale : .....	N° sécurité sociale : .....

➤ **AUTRE(S) PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

Nom / Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

➤ **ASSURANCE (joindre à la présente fiche une attestation) :**

Nom de l'organisme : ..... N° de police d'assurance (responsabilité civile) : .....



## 2 FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ➤ MÉDECIN DE L'ENFANT :

Nom : .....

Adresse : .....

☎ (Tél): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ➤ VACCINATIONS\* :

DT Polio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ou :  Diphtérie \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tétracoq \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tétanos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BCG \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Poliomyélite \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\* Précisez la date du dernier rappel et fournir une photocopie du carnet de santé**

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

*Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.*

### ➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

#### • LE P.A.I. :

Le Projet d'Accueil Individualisé concerne les enfants atteints de troubles de la santé. C'est un document écrit qui engage conjointement la famille, le médecin traitant, l'Éducation Nationale, le médecin scolaire et le Maire de Saint-Maur-des-Fossés. Il permet d'administrer des médicaments. En dehors des prescriptions prévues dans un P.A.I., aucun médicament ne sera donné.

Dans le cadre du P.A.I., le médecin scolaire déterminera avec la famille les évictions alimentaires nécessaires à la bonne santé de l'enfant. En cas d'allergies multiples ou incompatibles avec la restauration scolaire, un panier repas sera fourni par la famille. (Voir règlement intérieur des Activités Périscolaires)

### ➤ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Si vous estimez devoir donner d'autres indications concernant votre enfant précisez :

.....  
.....

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

.....

### PROCÉDURE QUE NOUS APPLIQUONS EN CAS D'ACCIDENT OU D'INCIDENT :

La famille est prévenue par téléphone.

Si besoin il sera demandé de venir chercher votre enfant.

Si votre enfant présente un cas d'urgence, nous faisons appel au secours.

Nous accompagnons votre enfant vers le lieu de soins le plus proche en votre absence.

**Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'accueil de loisirs à donner à mon enfant les soins d'urgence et à le faire transporter dans un établissement hospitalier.**

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :



### 3 AUTORISATIONS

#### ➤ PHOTOS – VIDÉOS – DIFFUSION – MAQUILLAGE

J'autorise mon enfant à :

- être maquillé : .....
- être pris en photo au sein de l'accueil de loisirs, ainsi que ces photos soient diffusées dans les différents supports de la Ville de Saint-Maur-des-Fossés :
- être filmé dans le cadre de projets d'animation spécifiques : .....



- Oui                       Non
- Oui                       Non
- Oui                       Non

#### ➤ ACTIVITÉS SPORTIVES

J'autorise mon enfant à :

- participer aux séances de natation, activités sportives et sorties organisées par l'accueil de loisirs : .....



- Oui                       Non

#### ➤ AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE :

Dans le souci d'une plus grande sécurité, nous vous demandons d'autoriser une ou plusieurs personnes de votre choix (nourrice, grands-parents, frères et sœurs, voisins, etc.) à venir chercher votre enfant à la sortie de l'accueil de loisirs, pendant une durée à déterminer par vous-même.

Veuillez remplir le tableau ci-dessous :

**Nous soussignons** ..... **autorisons :**

Nom / Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

**À venir chercher mon enfant à la sortie sur tous les temps d'accueils (matins, midis, soirs, mercredis et vacances). Une pièce d'identité sera demandée à toutes nouvelles personnes**

J'autorise mon enfant à sortir seul :

- Oui                       Non

En cas de problème personnel, veuillez nous téléphoner au : ☎ (Tél): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ou bien remettre à la personne qui doit venir chercher exceptionnellement votre enfant, une autorisation manuscrite dûment signée. Cette personne devra se présenter avec une pièce d'identité.

**Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs de Saint-Maur-des-Fossés (distribué en annexe) et en accepte les termes.**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :

- Si des modifications intervenaient en cours d'année, veuillez en informer immédiatement le directeur ou les animateurs de l'accueil de loisirs.
- En aucun cas le personnel d'encadrement ne pourra être tenu responsable des pertes ou vols d'objets personnels.

## 4 PAGE RÉSERVÉE À LA DIRECTION DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

A series of horizontal dotted lines for writing.