

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX – AUTORISATIONS

Attention : toute fiche retournée incomplète sera refusée

ENFANT :

Genre :
 Nom, Prénom :
 Date de naissance :

MEDECIN TRAITANT :

Nom, Prénom :
 Commune :
 Tél :

Représentant légal 1 (Nom et Prénom) : Date de naissance :
 Représentant légal 2 (Nom et Prénom) : Date de naissance :

N° de portable 1: N° de portable 2:

Nom de l'école fréquentée : Classe :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

Votre enfant est né :

AVANT le 01/01/2018

VACCIN	TYPE	DATE de la dernière injection
DTP polio	Infanrix, Trétavax Hexyon, Vaxelis	<input type="text"/>

APRES le 01/01/2018

VACCIN	TYPE	DATE de la dernière injection
DTP polio	Infanrix, Trétavax Hexyon, Vaxelis	<input type="text"/>
Pneumocoque	Prévenar	<input type="text"/>
Méningocoque C	Neisvac	<input type="text"/>
ROR	Priorix, Rvaxpro	<input type="text"/>

1ère inscription : Fournir la copie des vaccins obligatoires de l'enfant ou présenter le carnet de santé,
Ré-inscription : Fournir une 1ère fois la copie du 1^{er} rappel vaccinal DT Polio – Coqueluche à l'âge des 6 ans de l'enfant.

Antécédents médicaux / Pathologies / Appareillage / Allergies à signaler / autres renseignements utiles :

Type de repas : Normal sans porc végétarien

P.A.I. * : oui (à joindre) non

A.E.S.H.* sur la pause méridienne : oui non

A.E.S.H. sur les temps matin/midi/soir : oui non

* P.A.I. : un Projet d'Accueil Individualisé est mis en place par le médecin du Centre Médico Scolaire 22 rue de Poterie à Valognes -

Tél. : 02.33.40.06.92, pour l'enfant atteint d'une maladie chronique, d'allergie ou d'intolérance alimentaire.

*A.E.S.H. Accompagnement des Elèves en Situation de Handicap

AUTORISATIONS - Accueil de loisirs périscolaires et/ou extrascolaires

Je soussigné (e), responsable de l'enfant,

- Autorise la direction des accueils de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence ou d'évènements graves compromettant l'état de la santé de mon enfant,
- Certifie l'exactitude des renseignements figurant sur la fiche administrative et la fiche de renseignements médicaux - autorisations, et m'engage à communiquer immédiatement à la direction du service Education et/ ou Jeunesse toute modification pouvant intervenir en cours d'année (téléphone, adresse postale, mail et problème de santé...)
- Autorise le transport de mon enfant dans le cadre de sortie organisée par la structure,
- Autorise l'équipe d'animation à prendre des photos et films de mon enfant valorisant les activités des accueils de loisirs pour des publications (presse, bulletin municipal de la ville)
- Autorise, pour faciliter la transmission d'informations liée à l'accueil de mon enfant, la direction à m'envoyer des sms et mails,
- Déclare avoir pris connaissance des projets pédagogiques et du formulaire sur les données personnelles collectées concernant la loi « Informatique et Libertés », documents consultables sur le site de la ville et le Portail Famille et m'engage à respecter les règlements intérieurs des accueils de loisirs.

2026/2027	2027/2028	2028/2029	2029/2030
Le : <input type="text"/>	Le : <input type="text"/>	Le : <input type="text"/>	Le : <input type="text"/>
Signature : <input type="text"/>	Signature : <input type="text"/>	Signature : <input type="text"/>	Signature : <input type="text"/>