



Votre Enfant

Nom Prénom Sexe: Fille Garçon
Date de naissance Lieu Niveau scolaire
Établissement scolaire Nom de l'enseignant

Représentant légal 1 (adhérent/facturation)

Nom T° personnel fixe
Prénom T° personnel portable

Représentant légal 2

Nom T° personnel fixe
Prénom T° personnel portable

Médical

Renseignements médicaux et recommandations utiles des Parents pour l'encadrement de l'enfant

Votre enfant souffre t'il

| | | | | |
|-----------------------------------|-----|--------------------------|----------|----------------------|
| Problèmes respiratoires | oui | <input type="checkbox"/> | Précisez | <input type="text"/> |
| Allergie médicamenteuse | oui | <input type="checkbox"/> | Précisez | <input type="text"/> |
| Allergie autre (maquillage, etc.) | oui | <input type="checkbox"/> | Précisez | <input type="text"/> |
| Allergie alimentaire | oui | <input type="checkbox"/> | Précisez | <input type="text"/> |
| Intolérance alimentaire | oui | <input type="checkbox"/> | Précisez | <input type="text"/> |
| Autres problèmes de santé | oui | <input type="checkbox"/> | Précisez | <input type="text"/> |

Suite à un trouble de santé, mon enfant a t'il un Plan d'Accueil Individuel (P.A.I.) validé ? oui non

Ce P.A.I. prévoit une éviction alimentaire oui, précisez

Ce P.A.I. prévoit un panier repas ? oui

Divers:

Préciser toutes autres informations utiles (port de lunettes, lentilles, appareillage dentaire, etc.)

Préciser les antécédents médicaux importants ou d'un traitement en cours

Aucun traitement ne pourra être pris par l'enfant sans la réalisation préalable d'un Projet d'Accueil Individualisé définissant la posologie et les temps de prise.

Vaccinations

Les vaccinations de l'enfant sont-elles à jour ?

OUI NON

Attention joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas ou l'enfant n'a pas été immunisé par l'un des vaccins

D + T + C + Polio obligatoire pour tous les enfants

Date du dernier vaccin : / /

PNEUMOCOQUE obligatoire pour les enfants nés à partir de 2018

Date du dernier vaccin : / /

MÉNINGOCOQUE obligatoire pour les enfants nés à partir de 2018

Date du dernier vaccin : / /

R + O + R obligatoire pour les enfants nés à partir de 2018

Date du dernier vaccin : / /

Médecin traitant

Téléphone

Autorisations Parentales

DÉCHARGEANT LA VILLE ET LE PERSONNEL MUNICIPAL DE TOUTE RESPONSABILITÉ (Valable pour l'ensemble des activités municipales)

Par principe le père et la mère exercent conjointement l'autorité parentale, sauf dans le cas d'une décision de justice. En l'absence d'information communiquée (copie d'un acte judiciaire : la partie du jugement de divorce ou de séparation précisant les modalités de garde de l'enfant, déclaration conjointe ou acte de communauté de vie), les deux parents exercent les mêmes droits, notamment en ce qui concerne la garde de l'enfant.

Madame et/ou Monsieur (responsable légal ou tuteur)

de l'Enfant

donne(ent) les autorisations qui suivent :

AUTORISATION DE SOINS

J'AUTORISE le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant, y compris appeler les secours, si nécessaire.

J'AUTORISE les secours à organiser un trajet jusqu'à l'hôpital, si nécessaire.

J'AUTORISE l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant (Les représentants légaux seront prévenus dans les plus brefs délais).

JE DEMANDE au personnel de la structure, en cas de maladie de mon enfant, selon un P.A.I., d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments (dans leur boîte d'origine) prescrits par son médecin traitant suivant l'original de l'ordonnance de prescription (à fournir au responsable de l'équipe encadrante).

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER / DIFFUSER

J'AUTORISE que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

La structure elle-même : présentation d'une activité pédagogique par un journal interne, une vidéo, une exposition, des affiches et productions artistiques individuelles et collectives.

Le site internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure et CERTIFIÉ(NT) que ces supports seront utilisés pour un usage familial dans ce cas où ils me seraient transmis.

Oui Non

J'AUTORISE **la ville de Lambersart** à reproduire, représenter, adapter et communiquer au public, les images et les sons, ensemble ou séparément, en toute ou partie, en toutes langues, sur tous supports connus ou inconnus à ce jour, par tous moyens et par tous procédés, connus ou inconnus, et notamment audio visuels (cinéma, télédiffusion-ondes, satellite, câble, vidéogrammes, etc...) sur tous réseaux dont le réseau mondial Internet, sonores, graphiques, plastiques ou tous autres moyens connus à ce jour ou à découvrir, sans entraîner d'obligation de diffusion et/ou d'exploitation et qu'elle qu'en soit la destination (commerciale ou non, publicitaire et /ou promotionnelle...).

Cette autorisation est consentie à titre gratuit à la Ville de Lambersart pour toute utilisation, faite directement par elle et/ou indirectement par tout tiers autorisé par elle, sans limitation du nombre de productions et/ou représentations. En conséquence de quoi, je renonce à réclamer à la ville de Lambersart, ou à tout cessionnaire, toute forme de rétribution, rémunération ou indemnité quelconque lié aux images prises et bandes sonores.

Oui Non

CONTACTS DE MA FAMILLE et AUTORISATIONS

J'ATTESTE avoir mis à jour les CONTACTS et AUTORISATIONS de ma famille sur mon Portail Citoyen dans la rubrique MON ENTOURAGE.

Fiche SANITAIRE complétée le / / lu et approuvé,

Je m'engage à signaler aux services toutes modifications relatives aux informations portées sur cette fiche sanitaire.

Signature obligatoire du représentant légal