

ENFANT

NOM Prénom :

Date de naissance : Age : Sexe :

Point d'accueil : Mon enfant repart seul du point d'accueil : OUI NON

Personnes pouvant venir chercher votre enfant :

.....

.....

Par précaution, une pièce d'identité pourra être demandée à la personne venant chercher votre enfant.

FAMILLE

NOM-Prénom du père :

Adresse complète :

.....

☎ domicile : ☎ portable : ☎ travail :

Mail :

NOM-Prénom de la mère :

Adresse complète :

.....

☎ domicile : ☎ portable : ☎ travail :

Mail :

Situation familiale des parents de l'enfant :

Marié / Pacsé Divorcé / Séparé Vie maritale Célibataire Veuf

ATTESTATION ET AUTORISATION

Votre enfant peut-il participer à des activités payantes s'il reste des places ? OUI NON

Votre enfant peut-il être photographié ou filmé ? OUI NON

Je soussigné(e)

* demande l'inscription de mon enfant au centre de loisirs de la Ville de Darnétal, l'autorise à participer à toutes les activités gratuites, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (intervention médicale, hospitalisation et anesthésie).

IMPORTANT

* je m'engage également à signaler tout changement de situation dans les plus brefs délais auprès du service jeunesse (n° téléphone, adresse, mutuelle, assurance...). Le service ne pourra être tenu responsable si mes changements ne sont pas transmis.

* j'ai reçu pour lecture et accepte les conditions d'accueil du règlement intérieur.



SANTE

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

Groupe sanguin de l'enfant :

N° sécurité sociale : Caisse :

Derniers actes chirurgicaux (opérations, plâtres, hospitalisation) :

.....

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? OUI NON

Si oui lequel ?

Si oui, un entretien préalable à l'accueil de l'enfant sera mis en place par un membre de la direction.

Est-il reconnu par la M.D.P.H ? OUI NON

Contre indication à la pratique d'un sport OUI NON

Si oui laquelle ?

Votre enfant suit-il un traitement médical permanent ? OUI NON

Si oui préciser ? (Joindre l'ordonnance)

Votre enfant suit-il un traitement médical temporaire ? OUI NON

Si oui préciser ? (Joindre l'ordonnance)

Votre enfant a-t-il une allergie médicamenteuse ? OUI NON

Si oui préciser ?

Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire ? OUI NON

Si oui, préciser et transmettre le PAI obligatoirement :

Votre enfant a-t-il d'autres allergies ? OUI NON

Si oui préciser ?

Votre enfant a-t-il des habitudes alimentaires particulières ? (sans porc, sans viande, végétarien, autre)

OUI NON

Si oui, préciser :

En cas d'hospitalisation, peut-il être donné un médicament en dosage adapté au poids et âge de l'enfant ? (doliprane, efferalgan, autre) OUI NON