

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M.....

Domicilié(e)

.....

Tel :/...../...../..... . e-mail.....@.....

Agissant en qualité de père, mère, représentant légal de :

Nom et prénom de l'enfant.....

Né(e) le/...../..... .

1°. Autorisation de sortie du centre

AUTORISE mon enfant à rentrer seul(e) du Centre de Loisirs.

N'AUTORISE PAS mon enfant à quitter le Centre de Loisirs. Il devra rester à la garderie jusqu'à mon arrivée ou l'arrivée de :

(Les enfants ne pourront pas quitter le centre avec des mineurs sauf autorisation écrite du responsable légal)

2°. Participation aux activités

AUTORISE mon enfant à participer aux diverses activités et sorties du Centre de Loisirs.

N'AUTORISE PAS mon enfant à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs.

Piscine : Oui Non Info :

Sieste : Oui Non Info :

Activités ou sorties non autorisées :

Remarques :

.....

Atteste avoir pris connaissance et être en accord avec le règlement intérieur du centre

AUTORISATION DE PRISE DE VUE

Accordée pour un mineur

Valable pour les sessions de juillet 2020 à juin 2021

Je soussigné(e) M.....

J'AUTORISE* - précisions :

N'autorise pas.*

le centre de loisirs de Fresquiennes

A effectuer des prises de vues et de son de mon fils / ma fille

Nom :

Prénom :

A diffuser des photos, vidéos ou enregistrements sonores sur le site du centre de loisirs.

Facebook : clsh fresquiennes ou club des loisirs

Le site illustrera entre autre les activités proposées lors du centre et en camps. Les réalisations faites par les enfants seront à des fins non commerciales et dans un but strictement informatif, pédagogique et éducatif.

Fait à Fresquiennes

Le :/...../20..... .

Signature : (Précédée de la mention « lu et approuvé »)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

L'ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin Masculin

Repas : Avec porc : Sans porc : AGE :

Lieu de résidence : Parents : Maman : Papa : Alternée : Autres :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

MAMAN ou TUTRICE

NOM :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

☎ travail :

☎ perso :

Situation familiale :

N° Sécurité Sociale :

PAPA ou TUTEUR

NOM :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

☎ travail :

☎ perso :

Situation familiale :

N° Sécurité Sociale :

N° d'Allocataire : Bénéficiaire : Maman : Papa :

Quotient Familial CAF : Régime général : CAF : ou MSA :

ADRESSE MAIL FAMILLE :



Renseignements médicaux obligatoires



NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : ☎

Votre enfant présente t'il des troubles de la santé : OUI NON

Si votre réponse est OUI, vous devez compléter un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I., veuillez vous rapprocher de la Directrice qui vous expliquera la procédure à suivre.

Votre enfant présente t'il les pathologies suivantes :

Allergies alimentaires NON OUI Préciser :

Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser :

Asthme : NON OUI / DIABETE : NON OUI / EPILEPSIE : NON OUI

Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (de langage, de comportement...) :

.....La Directrice peut vous rencontrer sur RDV si vous le souhaitez.

L'enfant suit-il un traitement régulier : NON OUI

Le trouble de la santé implique t'il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs :

NON OUI Précisez :

Autres indications utiles (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives, suivi spécialisé) :

VACCINS OBLIGATOIRES POUR FREQUENTER LE CENTRE DE LOISIRS : Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

3. Autorisations parentales

	Oui	Non
Mon enfant sait nager		
J'autorise la pratique de toutes activités physiques		
J'autorise que mon enfant soit pris en photo		
J'autorise le Centre de Loisirs à utiliser ses photos (presse, site internet, emailing....)		
J'autorise mon enfant à aller et revenir seul du Centre de Loisirs		
J'autorise mon enfant à être transporté en car, mini bus ou en voiture		

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :