

## **6- AUTORISATIONS PARENTALES :**

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

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à signaler par écrit toute modification importante (nouveau vaccin, changement d'adresse ou n° de téléphone, ...) auprès du responsable de l'Espace Jeunes.

Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur

L'enfant déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur

**J'autorise, les responsables à reproduire, diffuser et exploiter l'image, de mon enfant notamment à travers le site internet de la commune, la page Facebook et Instagram de l'espace jeunes ou dans le cadre d'activités de l'espace jeunes.**

## **7- VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

**VACCINS** : FOURNIR LA COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE (OBLIGATOIRE)

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?  Oui  Non

**MALADIES** : Cocher les maladies que votre enfant a déjà eues :

RUBEOLE  ANGINE  COQUELUCHE  Otite  SCARLATINE  VARICELLE  
 Rougeole  OREILLONS

**ALLERGIES** : ASTHME  OUI  NON MEDICAMENTEUSES :  OUI  NON

ALIMENTAIRES  OUI  NON AUTRES :  OUI  NON

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ S'IL EXISTE DES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A TENIR.

.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : VOTRE ENFANT PORTE T'IL DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DENTAIRES, ETC .... PRECISEZ

.....

**AUTRES** : L'enfant bénéficie d'un PAI (Projet D'Accueil Individualisé)  oui  non

SI oui faire une copie

**Date**

signature du responsable légal et de l'enfant