

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