



**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D 'URGENCE (autres que les parents) :**

Nom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

**RENSEIGNEMENTS DE SANTE :**

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON Si OUI lequel ? :.....

Votre enfant est-il allergique ? OUI NON Si OUI, laquelle ? :.....

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) à l'école OUI NON

Si OUI, autorisez-vous le personnel de la garderie à appliquer le PAI ? OUI NON

Si OUI, une copie du PAI est à joindre à cette fiche sanitaire et vous devrez fournir une poche avec le traitement lié au PAI où seront mentionnés le nom et prénom de l'enfant ainsi que la notice.

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS PAI**

Médecin traitant :.....Adresse et telephone :.....

**AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je soussigné(e), M. Mme .....agissant en qualité de père / mère de l'enfant .....

Autorise les responsables à prendre, à ma place les mesures

nécessaires :  Appel d'un médecin, SAMU, Pompiers

Transfert à l'hôpital déterminé par les services médicaux

La famille sera immédiatement avertie. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Autorise\* / n'autorise pas \* le personnel et les membres du bureau de l'association à filmer, photographier, mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités, fêtes, goûters...

Fait à Boutigny, le.....

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé)

Cocher la (les) case(s) pour inscrire votre (vos) enfant(s) aux services suivants :

GARDERIE								
Garderie du matin					Garderie du « soir »			
<input type="checkbox"/> <b>Fréquentations Occasionnelles</b> <b>Enfant 1</b> <b>Enfant 2</b> <b>Enfant 3</b> <b>Enfant 4</b>	<b>Oui</b>		<b>Non</b>		<b>Oui</b>		<b>Non</b>	
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> <b>Fréquentations Régulières</b> <b>Enfant 1</b> <b>Enfant 2</b> <b>Enfant 3</b> <b>Enfant 4</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							

Mon enfant fréquentera-t-il le centre de loisir le mercredi ? *Oui non*

Fait à \_\_\_\_\_, le :

Signature :

