

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. Mmeagissant 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"/> Fréquentations Occasionnelles Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4	Oui		Non		Oui		Non	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fréquentations Régulières Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4	L	M	J	V	L	M	J	V
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 :

