

PÔLE CULTUREL MUNICIPAL
& MAISON DE L'HUMAIN

ENFANT

NOM*

PRENOM*

DATE DE NAISSANCE*

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

AGE

--	--

ADRESSE*

CODE POSTAL*

--	--	--	--	--

COMMUNE*

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

PORTABLE de L'ENFANT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESPONSABLES LEGAUX

1 - NOM*

PRENOM*

TELEPHONE PORTABLE*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MAIL*

2 - NOM*

PRENOM*

TELEPHONE PORTABLE*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MAIL

* J'accepte de recevoir des courriels informatifs de L'atelier

Je peux me désinscrire à tout moment à partir de mon compte personnel en via le site MéMo -> <https://memo.cc-coteauxbellevue.fr>

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si différent du responsable légal)

NOM*

TELEPHONE PORTABLE*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AUTORISATION PARENTALE

Je sousigné.e (nom + prénom)*

Responsable légal de l'enfant (nom + prénom *)

- Autorise les responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de manquement grave au règlement intérieur de L'atelier.
 - Autorise les responsables à prendre toutes les mesures d'urgences nécessaires en cas d'accident y compris un transfert en milieu hospitalier.
- NB : Tous frais supplémentaires engagés pour votre enfant devront être obligatoirement remboursés par la famille
- Je certifie avoir souscrit une assurance couvrant les activités extrascolaires**. Conformément à la réglementation (art.1 du décret n°2001 538 du 12/04/2002), la commune de Pechbonnieu est assurée en responsabilité civile. Les parents doivent souscrire une assurance garantissant d'une part, les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile), d'autre part, les dommages qu'il pourrait subir (individuels accidents corporels). Cette attestation devra être fournie lors de l'inscription.
 - Autorise mon enfant à fréquenter L'atelier et à participer à toutes les activités proposées par la structure.

- J'autorise la structure à utiliser*** les photos de mon enfant prises lors d'activités : OUI NON- J'autorise mon enfant à emprunter des ouvrages à titre personnel à la médiathèque et à la ludothèque L'atelier OUI NON

Je décharge totalement l'œuvre organisatrice et l'équipe d'animation de toutes les responsabilités vis-à-vis de l'enfant ci-dessus désigné avant son arrivée au Point Jeunes et après son départ. Les animateurs-rices sont responsables des jeunes mineurs uniquement à l'intérieur de l'enceinte de la structure aux heures d'ouverture de L'atelier et durant les activités, sorties ou séjours organisés et encadrés par l'équipe d'animation.

* Champ obligatoire

** Nous attirons votre attention sur votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personne « individuel accident » couvrant les dommages corporels auxquels peut être exposé votre enfant lors des activités auxquelles il participe.

*** Dans le cadre des actions du Point Jeunes de L'atelier de Pechbonnieu, des photos de votre enfant peuvent être prises pour illustrer des articles de presse. J'autorise leurs diffusions dans le bulletin municipal, dans le journal « La Dépêche du midi », sur le site internet de la Mairie de Pechbonnieu, sur le site internet du service et sur les réseaux sociaux associés à la structure.

Signatures des responsables légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

DATE :

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles au sujet de la santé de votre enfant. Ce document est strictement personnel et sera consulté uniquement par l'équipe d'animation ou par les secours le cas échéant.

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDE	DATES
DIPHERIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HEPATITE B	
TETANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ROR	
POLIOMYELITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		COQUELUCHE	
OU DT POLIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		AUTRE (PRECISER)	
OU TETRACOQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

NB : Vous pouvez joindre une photocopie du carnet de santé.

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI NON
Si **OUI** joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants

L'enfant a-t-il un **PAI*** OUI NON
Si **OUI** joindre une **copie** du PAI*
*Protocole d'Accueil Individualisé

> Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VARICELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHUMATISME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES	OUI	NON
ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

INDIQUEZ CI-APRES - Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc...

Je soussigné.e (nom + prénom)* 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.

Signatures des responsables légaux

DATE :

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---