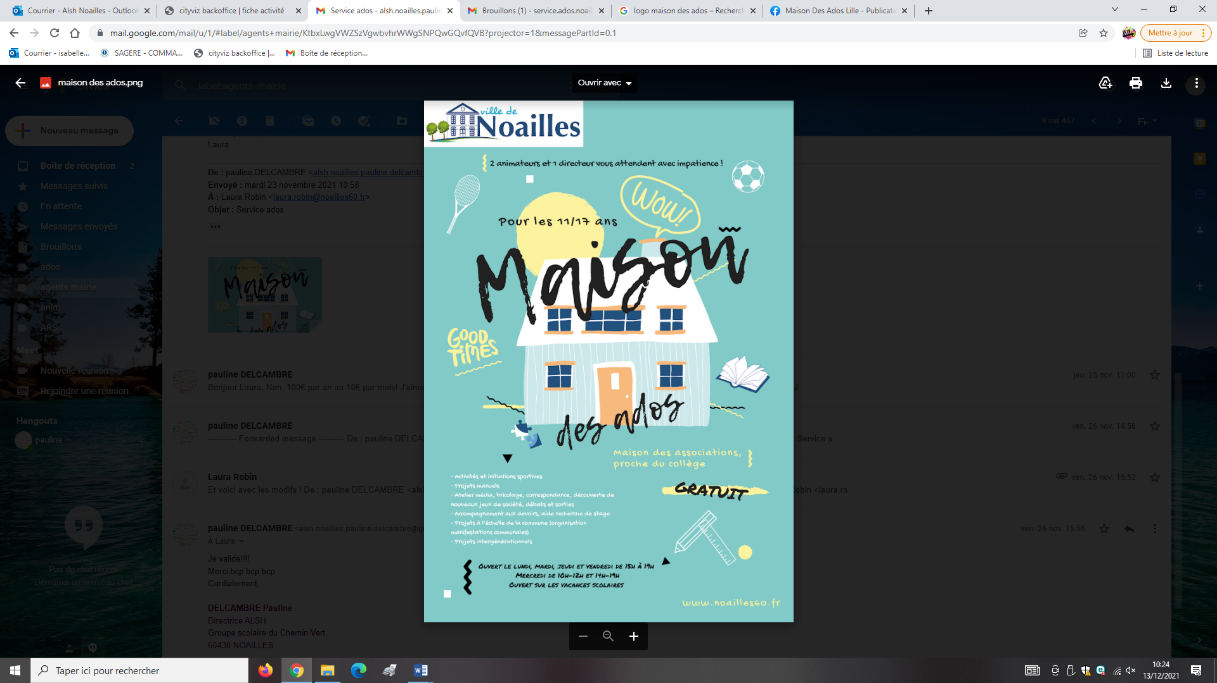
****

**2023-2024**



**IDENTITE DE L’ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Collège ⬜ Lycée ⬜ Fille ⬜ Garçon ⬜

**REGIME ALIMENTAIRE**

Sans porc Oui ⬜ Non ⬜ Sans viande Oui ⬜ Non ⬜

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L‛ENFANT**

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS ou ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

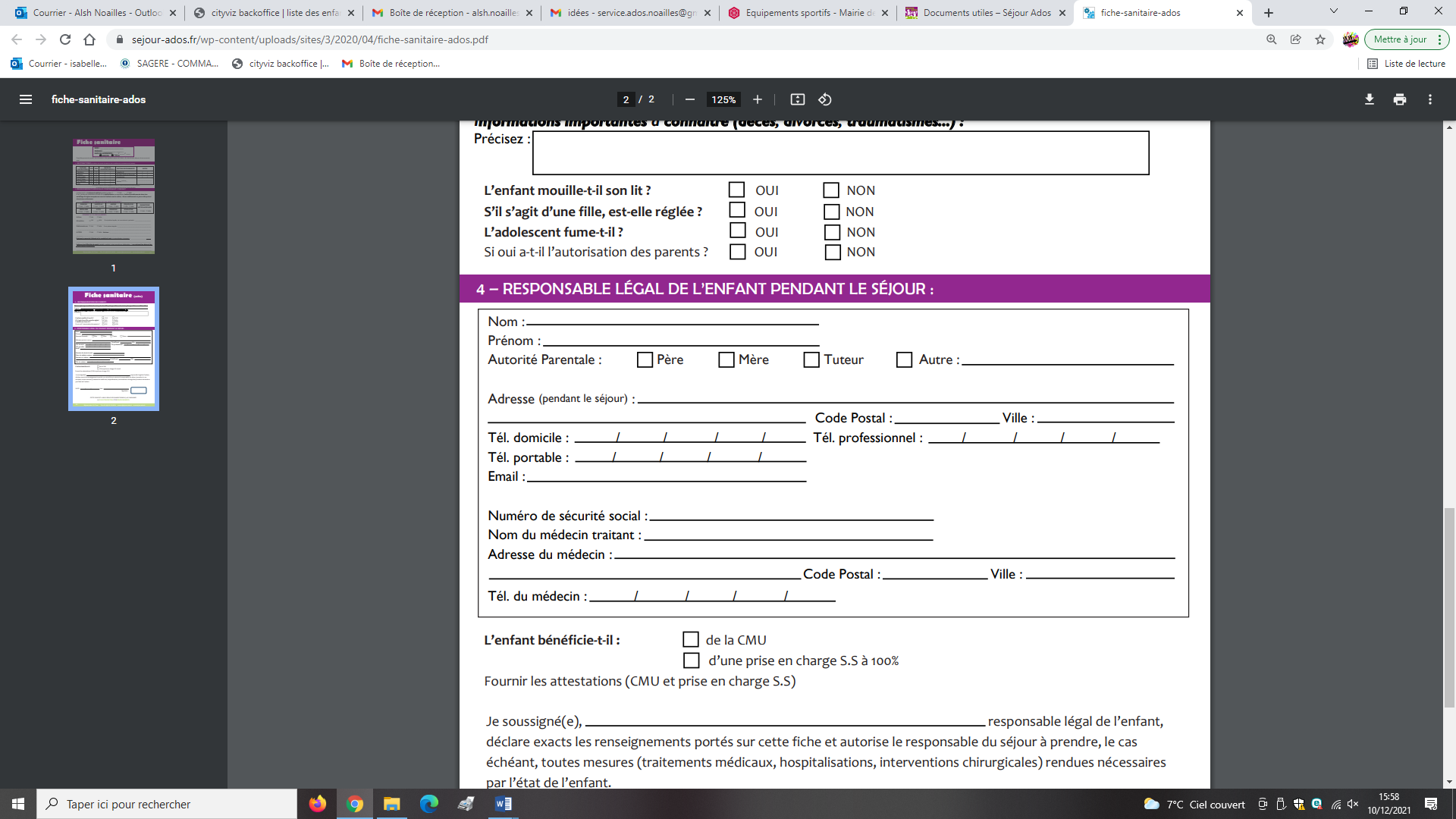
**Traitement Médical** Oui ⬜ Non ⬜

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine avec la notice marquée au nom de l’enfant)

**Difficulté de santé** Oui ⬜ Non ⬜

Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre





**PARENTS**

1er RESPONSABLE LEGAL 2ème RESPONSABLE LEGAL

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom – Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse si différente : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

Tél dom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél dom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l’enfant\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JEUNE

Numéro téléphone portable :

Adresse mail :

**AUTORISATIONS DIVERSES**

Je soussigné(e), M. ¨ Mme ¨ (Nom/Prénom) …………………………………………………………………………

Responsable de l’enfant : ……………………………………………………………………………………………………..

* Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
* Autorise les responsables de la maison des ados à faire mettre en œuvre, en cas d’urgence, des traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d’urgences.
* Autorise mon enfant à être transporté pour les besoins des activités, par des moyens de transport collectifs.
* Autorise l’équipe d’animation à administrer les traitements prescrits par les ordonnances dont il leur est communiqué un exemplaire.
* Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre du projet pédagogique de la Commune.
* Autorise le personnel du service ados à filmer, photographier, enregistrer mon enfant lors des activités, et reproduire, publier, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées sur les supports municipaux de communication (Site internet de la mairie : <http://www.noailles60.fr>, Page Facebook de la mairie et du service ados, Chaîne Youtube de la commune, Journal municipal : « L’info Noaillaise ») pour une durée maximale de 5 ans.

Je certifie pour exacts les renseignements figurant sur cette fiche sanitaire et m’engage à signaler tout changement le plus rapidement possible aux responsables du Centre de Loisirs.

Signature des parents

(Suivie des mentions « lu et approuvé »)