Mairie de Mégevette

FICHE SANITAIRE

GARDERIE - CANTINE et AUTORISATIONS

L'ENFANT

Nom de famille : …… Sexe : M F
Prénom(s) : ……
Né(e) le : …. / …. / ……..

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 Autorité parentale OUI NON
Nom de famille : …… Prénom : ……

Adresse : ……

L'enfant habite à cette adresse Oui Non

Code postal : …… Commune : ……

Tél. maison : …… Tél. port. : ……Tél. Travail : ……

Courriel : ……

Responsable légal 2 Autorité parentale OUI NON
Nom de famille : …… Prénom : ……

Adresse : ……

L'enfant habite à cette adresse Oui Non (Ne pas remettre si idem)

Code postal : …… Commune : ……

Tél. maison : …… Tél. port. : ……Tél. Travail : ……

Courriel : ……

J'autorise la municipalité à m'envoyer des informations par mail : OUI NON

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : OUI NON Individuelle Accident : OUI NON
Compagnie d'assurance : …… N° de police d'assurance : ……
Attestation à fournir dès que possible

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT ET A CONTACTER EN CAS D'ABSCENCE DES PARENTS

Lien avec l'élève : ……
Nom, prénom : ……
Tél. maison : …… Tél. port. : …… Tél. Travail : ……

Lien avec l'élève : ……
Nom, prénom : ……
Tél. maison : …… Tél. port. : …… Tél. Travail : ……

Lien avec l'élève : ……
Nom, prénom : ……
Tél. maison : …… Tél. port. : …… Tél. Travail : ……

Lien avec l'élève : ……
Nom, prénom : ……
Tél. maison : …… Tél. port. : …… Tél. Travail : ……

Merci de remplir précisément cette rubrique et de nous informer de tout problème de santé pouvant mettre en cause la sécurité et le bien-être de votre enfant.

SANTE DE L'ENFANT

Médecin traitant : ..... Commune :……Tél. : ……..

Allergies alimentaires : ……

Allergies médicamenteuses : ……

Allergies ou intolérances : ……

*Allergies ou intolérances nécessitant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé**

Traitement en cours à long terme : ……

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) en cours OUI NON

Si Oui, Lequel : ……

**Si l'enfant présente des problèmes de santé qui nécessitent une attention particulière ou une prise de médicaments de façon régulière ou en cas de crise. Ce document doit obligatoirement être fourni par les parents et établi chaque année en collaboration avec le médecin traitant, l'établissement scolaire, le médecin scolaire et le responsable du service concerné. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans autorisation signée des parents.*

⇨ Fournir les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé

AUTORISATIONS (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

Responsable 1

- En cas de maladie ou d'accident de l'enfant survenant pendant les temps de périscolaire ou des repas, j'autorise les animateurs à prendre toutes mesures d'urgence : OUI NON.

La famille sera immédiatement informée.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités physiques et sportives ou autres, qu'il serait amené à faire au sein de la structure, avec l'équipe d'encadrement : OUI NON

- J'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités et à utiliser cette/ces photos pour une publication : OUI NON

Responsable 2

- En cas de maladie ou d'accident de l'enfant survenant pendant les temps de périscolaire ou des repas, j'autorise les animateurs à prendre toutes mesures d'urgence : OUI NON.

La famille sera immédiatement informée.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités physiques et sportives ou autres, qu'il serait amené à faire au sein de la structure, avec l'équipe d'encadrement : OUI NON

- J'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités et à utiliser cette/ces photos pour une publication : OUI NON

Date et Signatures

Responsable légal 1 Responsable légal 2