



Régime Alimentaire spécial :  Sans viande  Sans porc  Autres :

Allergie : ASTHME  ALIMENTAIRE  MEDICAMENTEUSE  AUTRE :

Handicap ou trouble DYS.....

### Conduites à tenir : (fournir le PAI OBLIGATOIREMENT)

Remarques :

Autres : (recommandations des parents, indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates ; maladie, accidents, crises convulsives, opérations...) Si l'enfant doit suivre un traitement, lequel ?

Antécédents médicaux /Interventions chirurgicales :

#### • PRISE EN CHARGE

Autorisé(e) à rentrer seul(e) : OUI NON (*fournir une autorisation écrite et signée*)

#### Pris(e) en charge par un tiers

NOM	PRENOM	ADRESSE	N de tel	Lien de famille

#### • AUTORISATIONS

##### J'AUTORISE MON ENFANT :

- ETRE A PRIS EN PHOTO/VIDEO OUI NON
- DIFFUSION PRESSE/BULLETIN MUNICIPAL/AUTRES  OUI NON
- A LA BAIGNADE OUI NON (SAIT NAGER: OUI / NON)
- A ETRE MAQUILLE PAR L'EQUIPE D'ANIMATION OUI NON

AUTORISATION des parents aux soins d'urgence : **OUI**

↳ Centre de soins référent : **HOPITAL-URGENCES DE BEAUVAIS.**

J'autorise la directrice de l'Accueil de Loisirs et Services Périscolaires, Madame HALLER Audrey, à faire hospitaliser mon enfant et à faire pratiquer tout soin ou intervention chirurgicale, y compris anesthésie en cas d'urgence et ainsi prendre toutes les dispositions nécessaires sans attendre mon accord.

J'autorise également mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'ALSH et à prendre les transports en commun.

Je certifie avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de la structure et je m'engage à le respecter en tout point. Par ailleurs, j'atteste avoir déclaré les renseignements exacts portés sur cette fiche.

[Je me dois d'informer et signaler tout changement \(N° de téléphone, adresse, situation...\) auprès de la responsable de la structure au cours de l'année.](#)

« Lu et approuvé » le :

Signature du Père, mère ou tuteur légal.