

\*cocher la case ou les cases correspondante(s)

Périscolaire secteur Haut Verdon *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur Allos *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur Entrevaux *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur Annot *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur St André les Alpes *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur Barrême *	<input type="checkbox"/>

**ENFANT** \* (cocher la case correspondante)

NOM : \_\_\_\_\_ Sexe \* : M F  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : .... / .... / ..... Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LÉGAUX** \* (cocher la case correspondante)

**Resp 1** NOM: \_\_\_\_\_ Autorité parentale \* : Oui Non  
 NOM marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 (si différente de celle de l'élève)  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Régime (cocher la case correspondante) :  CAF  MSA  Maritime  Autre N° d'allocataire : .....

**Resp 2** Autorité parentale\* : Oui Non  
 NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 (si différente de celle de l'élève)  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Régime (cocher la case correspondante) :  CAF  MSA  Maritime  Autre N° d'allocataire : .....

**Resp 3** (personne physique ou morale)

Autorité parentale\* : **Oui** **Non**

Organisme : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Régime (cocher la case correspondante) :  CAF  MSA  Maritime  Autre N° d'allocataire : .....

**ASSURANCE DE L'ENFANT \* (attestation à fournir obligatoirement)**

Responsabilité civile \* : **Oui** **Non** Individuelle Accident \* : **Oui** **Non**

Compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_ Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

**CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT : Personnes Autorisées ou à Contacter**

*Il est exclu qu'un enfant de maternelle (-6ans) parte sans la présence d'un parent (ou d'une personne désignée par leurs soins).*

AUTORISE les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant au sein de la structure ou à la sortie du bus sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Téléphone	Lien

**AUTORISATION DE SORTIE**

AUTORISE\* mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

(\*) Rayer la mention inutile

N'AUTORISE PAS\* mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

**AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN**

AUTORISE\* mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties ou d'activités pédagogiques. (\*) Rayer la mention inutile

N'AUTORISE PAS\* mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties ou d'activités pédagogiques.

## AUTORISATION DE BAIGNADE

AUTORISE\* mon enfant à se baigner dans le cadre de la réglementation des accueils collectifs de mineurs, lors des sorties organisées. (\*)  
Rayer la mention inutile

N'AUTORISE PAS\* mon enfant à se baigner dans le cadre de la réglementation des accueils collectifs de mineurs, lors des sorties organisées.

## AUTORISATIONS AUX SOINS

(\*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE\* le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

-En cas de maladie de mon enfant, d'accompagner à la prise sous ma responsabilité, des médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.

-D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité

Nous nous engageons à venir chercher notre enfant dans les plus brefs délais en cas de problème médical (y compris état subfébrile à partir de 38°C). La direction s'engage à signaler en temps réel les modifications éventuelles de l'état de santé de votre enfant.

## AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

(\*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

1. Vaccination

Vaccination obligatoire	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				ROR	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

2. Renseignement concernant le mineur

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? \* Oui Non  
 (\*) Cocher la case correspondante

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Allergie : Alimentaires Oui Non  
 Médicamenteuses Oui Non  
 Autres (préciser)..... Oui Non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser (\*) Cocher la case correspondante :  
 Oui Non

.....  
 .....  
 .....  
 .....

3. Recommandation utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, Etc... :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Nom et téléphone médecin traitant : .....

