

L'ENFANT			
NOM :		Prénom :	
Date de naissance :		Poids :	Taille : Pointure :
Numéro de portable de l'enfant (pour l'espace jeunes uniquement) :			

TRAITEMENT MÉDICAL (Si oui, joindre PAI)
Votre enfant suit-il un traitement médical quotidien ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non
*Si oui, joindre l'ordonnance correspondante et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES (Si oui, joindre PAI)		
Médicamenteuses : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Alimentaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser la cause de l'allergie :		
Conduite à tenir :		

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Si oui, joindre PAI)
(asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, diabète, épilepsie, hémophilie, etc...)
Votre enfant présente des difficultés de santé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES	
Votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des appareils dentaires, etc... ? Préciser :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

VACCINS		
Pour être accueilli sur l'une des structures du SIVU Collines Durance, votre enfant doit être à jour du calendrier vaccinal obligatoire : - Pour les enfants nés avant le 01/01/2018 : DT POLIO, - Pour les enfants nés après le 01/01/2018 : DT POLIO, coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole.		
Votre enfant est-il à jour de ce(s) vaccin(s) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Joindre obligatoirement une copie du carnet de santé de votre enfant

SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour, etc...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ENFANT BÉNÉFICIAIRE DE L'AEH Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

MÉDECIN TRAITANT	
Nom :	☎ :

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	
<input type="checkbox"/> oui, préciser :	<input type="checkbox"/> non

LES PARENTS OU PERSONNES AYANT L'AUTORITÉ PARENTALE DE L'ENFANT	
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Qualité :	Qualité :
☎ :	☎ :
Adresse mail :	

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
NOM :	Prénom :
Qualité :	☎ :

PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE			
NOM :	Prénom :	Qualité :	☎ :
NOM :	Prénom :	Qualité :	☎ :
NOM :	Prénom :	Qualité :	☎ :
NOM :	Prénom :	Qualité :	☎ :

PERSONNE NON-AUTORISÉE A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE		
<small>La copie du jugement doit obligatoirement être fournie</small>		
NOM :	Prénom :	Qualité :

AUTORISATIONS	
<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas	Le responsable de structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transfusions et anesthésie) ;
<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas	Mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs, du centre de vacances ou de l'Espace Jeunes ;
<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas	Mon enfant à rentrer seul lorsqu'il fréquente l'Espace Jeunes ;
<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas	Mon enfant à utiliser le service de navettes proposé par l'Espace Jeunes ;
<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas	Le SIVU Collines Durance via l'Association Leo Lagrange (pour l'Espace Jeunes) à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre de leurs supports de communication (article de presse, plaquettes...) ainsi que de leurs sites internet et réseaux sociaux, au vu de l'article 9 du Code Civil portant sur le respect de la vie privée et sur le droit à l'image.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à, le..... Signature(s) :