

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. <b>Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.</b>

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	<b>Joindre obligatoirement une copie du carnet de santé de votre enfant</b>

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

MÉDECIN TRAITANT	
Nom :	☎ :

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

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

<b>AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b>	
NOM :	Prénom :
Qualité :	☎ :

<b>PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE</b>			
NOM :	Prénom :	Qualité :	☎ :
NOM :	Prénom :	Qualité :	☎ :
NOM :	Prénom :	Qualité :	☎ :
NOM :	Prénom :	Qualité :	☎ :

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

<b>AUTORISATIONS</b>	
<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) :