

## INSCRIPTION Fiche Enfant

<b>NOM :</b>
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>		
Nom du médecin traitant :		
Numéro de téléphone :		
Date du dernier rappel DTPolio :	Poids :	Taille :
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Y a-t-il un traitement en cours ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Allergies	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Y a-t-il un traitement en cours ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Votre enfant a-t-il un PAI ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Si oui, merci de nous fournir une copie</b>	
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Si oui, merci de nous fournir une copie</b>	
Recommandations qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement ...)		
Vous autorisez les directrices à :	<input type="checkbox"/> Délivrer des médicaments sur ordonnance <input type="checkbox"/> Autorisation d'hospitalisation d'urgence	
<b>Votre enfant porte-t-il ?</b>		
Lunettes ou lentilles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Prothèses auditives / diabolos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

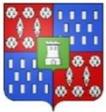
Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser tout au long de l'année scolaire, si nécessaire.

Je suis informé(e) qu'en cas d'accident, le responsable de la structure prendra toutes les mesures qui lui seront données par les services d'urgence.

Fait à :

Le :

Signature :



NOM :

Prénom :

## AUTORISATIONS

### AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT ET A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si différentes des responsables légaux) :

NOM Prénom	QUALITE	TELEPHONE	Autorisé à récupérer l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Par sécurité, nous vérifions l'identité des personnes venant chercher les enfants.

**Une pièce d'identité sera demandée.**

Je soussigné (e) .....

#### ❖ DROIT A L'IMAGE

Conformément à la loi, article du code civil sur le « droit à l'image et au son » et à l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle,

Autorise  N'autorise pas

Les services municipaux à l'usage de l'image de mon enfant pour l'information et la promotion des activités municipales ainsi que pour les activités pédagogiques organisées par la Commune de Créhen et notamment sur la page Facebook « Commune de Créhen » et sur le site internet « toute mon année ».

*Le ou les signataires sont informés que la libre captation des informations sur le réseau internet, le partage et la création de liens, ne permettent pas à la commune de Créhen d'en contrôler l'usage.*

*Un refus de votre part de photographier l'enfant et de diffuser son image aura pour conséquence, soit d'écarter l'enfant lors des prises de vues, soit de flouter son visage.*

#### ❖ TRANSPORT COLLECTIF ET SORTIES

Autorise  N'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure et autorise mon enfant à utiliser les transports collectifs et minibus pour se rendre sur le lieu des activités.

#### ❖ Baignade

Autorise  N'autorise pas

Mon enfant à se baigner et participer aux activités nautiques et appliquer de la crème solaire.

Mon enfant possède le test d'aisance aquatique  OUI  NON (si oui, je joins une copie au dossier).

#### ❖ CRÈME SOLAIRE

Autorise  N'autorise pas

Les animateurs à appliquer de la crème solaire à mon enfant.

En signant ce document, vous déclarez sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés.

Fait à .....

Le : .....

Signatures :