



## Informations Générales

NOM :	Prénom (s):
Date et Lieu :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Vit avec : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Autre : .....	
Etablissement :	Classe : 2020-2021..... / 2021-2022.....

## Informations Sanitaires

Médecin traitant :	Téléphone :
Situation de Handicap : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI : <b>Justificatif à fournir et « Cahier de Liaison » à renseigner</b>	<input type="checkbox"/> AEEH <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> PAI : .....
Traitement médical : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lequel : ..... Si OUI : <b>Ordonnance obligatoire</b> + Traitement avec emballage d'origine, dans un sachet hermétique au Nom/Prénom de l'enfant	
Vaccins à jour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Obligatoire : <b>Joindre copie Vaccinations du carnet de santé</b>	L'enfant est-il propre ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si NON : <input type="checkbox"/> Enurésie <input type="checkbox"/> Encoprésie
Allergies : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : Préciser <input type="checkbox"/> Alimentaires : ..... <input type="checkbox"/> Médicamenteuses : ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....	Si OUI : Cause et conduite à tenir : .....
Antécédents médicaux et précautions : ..... ..... .....	Recommandations utiles (lunettes, appétit, sommeil) : ..... ..... .....
Régime Alimentaire : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans Viande <input type="checkbox"/> PAI Repas	

## Autorisations

Données personnelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise le centre social à consulter mon dossier Allocataire CDAP et à utiliser et conserver mes données personnelles (5 ans), conformément au règlement RGPD de 2018 sur la protection des données personnelles.
Photo/Image : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise le centre social à la prise de vue de mon enfant et à la diffusion de son image (affichage locaux, presse et site internet du centre social).
Sorties extérieures : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise mon enfant à participer aux sorties extérieures organisées par l'accueil de loisirs du centre social.
Transports : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise le centre social à transporter mon enfant par le biais d'une société de transport, un minibus ou voiture du personnel responsable.
Médicaments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise l'équipe du centre social à administrer le traitement médical fourni sous emballage d'origine avec l'ordonnance au nom de l'enfant
Urgence(s) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise le centre social à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (Pompiers, SAMU, Hospitalisation)
Rentrer SEUL : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise l'équipe du centre social à laisser mon enfant rentrer seul en fin d'activité la matin à partir de 11h30 et/ou le soir à partir de 17h15.



## Attestation sur l'honneur et Signatures

En signant ce document, je déclare l'exactitude des renseignements sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur de l'accueil de loisirs du Centre Social La Livatte et à signaler tout changement. Document valable 4 ans, à re-signer tous les ans :

NOM Prénom :				
Date :	..... /..... /.....	..... /..... /.....	..... /..... /.....	..... /..... /.....
« Lu et approuvé »				
Signature :				