



## Fiche de renseignements sanitaires et autorisations parentales

**Ce document est obligatoire AVANT l'accueil de votre enfant –  
Sans ce document, aucun enfant ne pourra être accueilli**

### Renseignement concernant l'enfant

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Né(e) le: \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_ Sexe:  Fille  Garçon

### Parents ou personne ayant la responsabilité légale de l'enfant :

	Vous	Votre conjoint (ou concubin)
• Noms		
• Prénom		
• Adresse		
• code postal et commune		
• N° de téléphone domicile		
• Portable		
• N° de téléphone travail		
<b>En cas d'urgence</b> Numéro de téléphone où vous pouvez être joint dans la journée :		

### Renseignements sanitaires obligatoires (se référer au carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	date
DT polio ou Tétracoq		Hépatite B	
BCG		R-O-R	
		Coqueluche	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre – indication.

- Allergies alimentaires  Oui  Non : **Précisez nous la nature de l'allergie et la conduite à tenir**.....
- Allergies médicamenteuses  Oui  Non: **Précisez nous la nature de l'allergie et la conduite à tenir**.....
- Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical (diabète, hémophilie, asthme, handicap, etc. ) :  Oui  Non
- L'enfant suit-il un traitement médical :  Oui  Non : Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

• Recommandations utiles des parents si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires :

Je (nous) soussigné(s) responsable(s) légal (aux) de l'enfant .....

• Certifie (ions) que l'enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse pouvant justifier de la non-acceptation de l'enfant à l'accueil de Loisirs.

• déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

• autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (**traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale**) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (les frais médicaux seront à la charge des parents).

Rennes, le : ..... Signature :

Nous vous informons qu'il est souhaitable que vous souscriviez une assurance complémentaire individuelle pour votre enfant, couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels il participe. Merci de nous mentionner la souscription de cette assurance :

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

### Autorisations départ de l'enfant après les activités

**Je soussigné(e), Madame ou Monsieur** \_\_\_\_\_

• Autorise mon enfant à quitter seul le Centre de Loisirs à la fin des activités  Oui  Non

*Pour les couples divorcés, il est impératif de nous signaler quel est le parent qui est en charge de chercher l'enfant. Cette précision permettra à l'équipe d'éviter des impairs qu'elle ne peut maîtriser sans informations.*

Nom, prénom et numéro de téléphone des personnes autorisées à chercher mon enfant à la Maison de quartier

( sans cette autorisation, l'enfant ne pourra être confié à la personne qui se présentera )

- ▶ .....
- ▶ .....
- ▶ .....
- ▶ .....

### Autorisation parentale pour l'utilisation ou la publication de l'image d'un enfant mineur

Je (nous) soussigné(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant, .....

Autorise l'équipe d'animation à photographier et /ou filmer mon enfant lors des activités.

J'autorise la Maison de quartier de Villejean à diffuser lesdites photographies et images filmées de mon enfant pour les usages suivants :

- ▶ Publication éventuelle à des fins de communication dans le journal de la structure
- ▶ Publication éventuelle à des fins de communication dans la presse locale
- ▶ Sites web ayant un lien direct avec l'activité de la structure (site et réseaux sociaux de l'association Rencontre et Culture )

Fait à Rennes, le .....

Signature :

### Pièces complémentaires à fournir :

- **certificat de non contre-indication sportive fait par votre médecin ( pour les activités sportives )**