



# AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) .....

- autorise mon enfant à **quitter SEUL l'accueil de loisirs / CDA dès 17h** lors des mercredis et des vacances **OUI - NON**

**OUI - Comment ??** à pied - en bus - à vélo - autres .....

**NON - Qui vient chercher ?** Noms .....

*En cas d'urgence de dernière minute il est possible de nous contacter directement par téléphone afin d'aménager à titre exceptionnel le départ de votre enfant.*

- autorise mon enfant à **participer à l'ensemble des activités** pratiquées dans les locaux du groupe scolaire Louis Lemonnier.

**OUI - NON** Si besoin est, je précise dès maintenant l'activité qu'il ne pourra pas effectuer.

- autorise mon enfant à se **déplacer à pied, en bus, en métro**, sous la responsabilité de ses animateurs, pour pratiquer des activités sportives et éducatives. **OUI - NON**

- autorise mon enfant à **se baigner**. **OUI - NON** - Mon enfant sait nager **OUI - NON**

- autorise mon enfant à **être pris en photo et filmer**. **OUI - NON**

(activités - panneau photos dans le centre, site du centre de loisirs, site de la Mairie, journal de Franqueville, presse...)

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINS OBLIGATOIRES	Nom VACCIN	Dates
Diphtérie - Hépatite B - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche	REVARIX ou TETRAVAC ou REPEVAX ou ENGERIX ou HEXYON ou INFANRIXHEXA	
Rougeole Oreillons Rubéole	M-M-REVAXPRO ou PRIDRIX	

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.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES:

- Rubéole **OUI - NON**
- Coqueluche **OUI - NON**
- Varicelle **OUI - NON**
- Angine **OUI - NON**
- Rhumatisme articulaire **OUI - NON**
- Scarlatine **OUI - NON**
- Oreillons **OUI - NON**
- Rougeole **OUI - NON**
- Otite **OUI - NON**

**ALLERGIES :** ASTHME: **OUI - NON** Alimentaires: **OUI - NON** Médicamenteuses: **OUI - NON**

Autres: **OUI - NON** si oui lesquelles ..... **DIABETE: OUI - NON**

SI OUI PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES:

.....

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**. .....

**ATTENTION - SI PAI - OBLIGATION DE FOURNIR ORDONNANCE ET TROUSSE DE PAI**

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

**Fait à Franqueville-Saint-Pierre, le** ..... **Signature du responsable légal.**