

L'enfant a-t-il des allergies ?

		Commentaires et conduite à tenir
ASTHME	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AUTRE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Recommandations utiles des parents : (lunettes, prothèse, difficultés de santé, traitement médical,...)

.....

.....

.....

LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s),.....

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil :

Nom et Prénom				
Lien avec l'enfant				
Téléphone	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

L'accueil de loisirs (journal de bord, fresque ...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La presse Locale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le site internet de l'Accueil et/ou de l'Association	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AUTORISE(NT) le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DEMANDE(NT) au responsable en cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma(notre) responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.

CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement ainsi que du Projet Pédagogique de la structure.

Signature du père
Date et mention « lu et approuvé »

Signature de la mère
Date et mention « lu et approuvé »

Signature du tuteur légal
Date et mention « lu et approuvé »