

FICHE RENSEIGNEMENT DE L'ENFANT

NOM Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

AUTORISATIONS

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | mon enfant à rentrer seul(e) de l'ALAÉ (possible que si l'enfant a plus de 7 ans) (allée des druides, périscolaire La Cornuaille, les Tilleuls) |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | mon enfant à rentrer seul(e) de l'ALAÉ Domaine du Pey (possible que si l'enfant a plus de 7 ans) |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | mon enfant à la pratique des activités physiques et sportives et à se baigner lors des sorties avec l'ALAÉ. |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | mon enfant à être transporté en car, voiture pour toutes sorties le nécessitant. |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | le responsable de l'ALAÉ à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | A être pris en photo ou filmé dans le cadre des activités de l'ALAÉ et être utilisés par Léo Lagrange et la commune afin d'illustrer leurs publications. |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Mon enfant utilise le transport scolaire en car (trajet domicile/école) |
- Si oui, préciser les jours :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lundi matin | <input type="checkbox"/> Lundi soir |
| <input type="checkbox"/> Mardi matin | <input type="checkbox"/> Mardi soir |
| <input type="checkbox"/> Jeudi matin | <input type="checkbox"/> Jeudi soir |
| <input type="checkbox"/> Vendredi matin | <input type="checkbox"/> Vendredi soir |

SANTÉ DE L'ENFANT

Mon enfant est à jour de ses vaccins obligatoires (copie carnet de santé) Oui Non

Mon enfant fait l'objet d'un Protocole d'accueil individualisé (PAI) Oui Non

Mon enfant suit un traitement médical Oui Non

Si oui, lequel ? :

Mon enfant a un régime alimentaire Sans porc

Votre enfant a une notification de la Maison Départementale de l'Autonomie (ex-MDPH) ?

Oui Non

Si oui, perçoit-il l'AAEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) Oui Non

Mon enfant a des allergies (alimentaires, médicamenteuse...) Oui Non

A préciser :

NOM et coordonnées du médecin traitant :

Recommandations utiles des représentants légaux :

Fait à Val d'Erdre-Auxence, le / /

Signature(s) (préciser père, mère ou tuteur légal)