

4 – INFORMATIONS SANITAIRES

Maladies: l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Otite |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Rougeole |

Allergies : L'enfant souffre-t-il d'allergies ? Oui Non

Asthme Médicamenteuses Alimentaires

Autres:

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Difficultés de santé

Précisez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations

Votre enfant porte-t-il des lentilles ou des lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, souffre-t-il de phobie ou de troubles anxieux spécifiques ?

.....
.....
.....

DOCUMENTS À FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION

- La fiche de renseignements complétée
- Photocopie du carnet de santé (page vaccination) à jour
- Photocopie de la carte vitale du parent auquel l'enfant est rattaché (ou celle de l'enfant le cas échéant)

Conformément à l'article L 227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, la commune de Meymac vous informe de votre intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent exposer les activités qui sont proposées à votre enfant.

5 – ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALES

Je soussigné(e) : _____

- Autorise/n'autorise pas (**raier la mention inutile**) la diffusion d'une photo ou d'un film où mon enfant apparaît distinctement, à des fins informationnelles.
- Autorise/n'autorise pas (**raier la mention inutile**) mon enfant à utiliser les réseaux sociaux pour communiquer avec l'Espace Jeunes.
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident avant ou après l'accueil de mon enfant
- Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Déclare, conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, accepter de figurer sur un fichier informatique (logiciel de gestion de l'Espace Jeunes). Je peux exercer mon droit d'accès et de rectification pour toute information concernant mon enfant ou moi-même et figurant sur ce fichier.
- Déclare avoir pris connaissance du mode de fonctionnement de l'Espace Jeunes et de son règlement intérieur (document en annexe, à faire signer à l'enfant)
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à _____ le _____

Signature :