

RENSEIGNEMENTS ENFANTS

Nom et prénom de l'enfant

Date de naissance

Âge :

Fille

Garçon

RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Responsable légal de l'enfant : Le père La mère Les deux

Nom et prénom de la mère

Adresse + CP

Courriel

Tel

Nom et prénom du père

Adresse + CP

Courriel

Tel

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Vie maritale

Divorcé(e)

Veuf-ve

Pacsé-e

Séparé-e

Numéro de Sécurité Sociale sur lequel l'enfant est rattaché : le père la mère

RENSEIGNEMENTS CAF

CAF

Autre

N° allocataire

Quotient

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné-e

- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités de l'Espace Enfance Jeunesse se déroulant à l'intérieur et à l'extérieur de la Maison Pour Tous.
- Autorise la Maison Pour Tous / Salle des Rancys à utiliser à titre gracieux et exclusif, pour sa communication propre (site-internet, expositions photos, presse,...), toutes photos ou documents sur lesquels apparaît l'image de mon enfant participant aux activités de l'espace enfance jeunesse.

J'autorise mon enfant à quitter seul la maison pour tous (uniquement pour la Passerelle 10-13 ans et l'Escale 13-17 ans)

Personnes mandatées par les parents pour récupérer les enfants :

Nous n'autorisons pas que les enfants fassent le trajet seul ; néanmoins votre enfant peut être accompagné par une tierce personne (carte d'identité à présenter obligatoirement)

Autres personnes autorisées à récupérer mon enfant (hors responsables légaux) :

1/ Nom+Prénom

Téléphone

2/ Nom+Prénom

Téléphone

3/ Nom+Prénom

Téléphone

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies médicamenteuses oui non Asthme oui non
Allergies alimentaires oui non Autre oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Indiquer les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, lunettes, lentilles, appareil dentaire...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant doit-il suivre un traitement ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine avec la notice et marquée au nom de l'enfant) Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole Angine Varicelle Scarlatine Otite Coqueluche Rougeole
Oreillons Rhumatisme articulaire aigu

RÉGIME ALIMENTAIRE

viande sans viande panier repas (en cas d'allergie)

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations.

NB: Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccin obligatoire :

•DT Polio : Date du dernier rappel
(Boostrixtetra, infanrix, pentavac, revaxis, tetravac)

Nom du médecin traitant

Tel

Je soussigné(e), **responsable légal de l'enfant , déclare**
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur responsable à prendre, le cas échéant, toutes
mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Nom de l'école fréquentée

Niveau (classe 2021/2022)

RENSEIGNEMENTS INSCRIPTIONS MERCREDIS (cadre réservé à l'administration)

ALSH 3-10 ans RPD - Léon Jouhaux	ALSH 6-17 ans MPT Rancy
Mazenod élémentaire + St Exupéry maternelle	Mazenod élémentaire
Painlevé élémentaire + maternelle	Painlevé élémentaire
André Philip élémentaire + maternelle	André Philip élémentaire
Léon Jouhaux élémentaire + maternelle	
Aimé Césaire élémentaire + maternelle	

Fait à Lyon, le

Signature du responsable légal de l'enfant