



FICHE ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Sexe :

.....

École fréquentée :

.....

PERSONNES AUTORISÉES OU INTERDITES à récupérer l'enfant et à contacter en cas d'urgence, autres que les parents. *Obligation d'inscrire au minimum une personne.*

Personne autorisée	Personne interdite	Prénom / NOM	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Dans le cas d'une interdiction concernant les parents, merci de nous fournir la copie du jugement.

SANITAIRE

Repas spéciaux

- Sans porc
- Sans viande
- Autres :

.....

Allergie médicamenteuse :

Asthme : Oui Non

Autres informations :

.....

En cas de PAI (protocole d'accueil individuel), merci de nous fournir une copie.

VACCINATIONS

> Fournir la photocopie des pages du Carnet de Santé concernant les vaccinations et maladies contagieuses. (pages 90/91, 92/93 et 94/95, même si elles sont vierges)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention ! Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

TRAITEMENTS

L'enfant suit-il un traitement médical ?

- Oui Non

Si oui, lequel et pourquoi ?

.....

.....

.....

- Traitement à la maison Traitement en permanence avec l'enfant

Une copie de l'ordonnance est obligatoire si les médicaments doivent être administrés par le personnel du Service.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez les diverses particularités pouvant concerner votre enfant (régime sans porc, port de drains, maladie, crises convulsives, hospitalisation...) en précisant les précautions à prendre :

.....

.....

.....

AUTORISATIONS

Je, soussigné, responsable du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

DROIT A L'IMAGE

- j'autorise la prise de vue photo ou vidéo de mon enfant dans le cadre des activités jeunesse et j'autorise la ville de Cabourg à les diffuser sur ses supports imprimés, médias ou numériques.*

SORTIE

- j'autorise mon enfant à repartir seul* *je n'autorise pas mon enfant à repartir seul*
Si oui, sur quel temps :
- descente du bus scolaire*
 - périscolaire*
 - centre de loisirs ou planète jeunes*

TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE

- j'autorise les responsables du Service Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.*

Date

Signature