



# FICHE ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Téléphone des parents : .....

.....

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	Lien de parenté	Téléphone
<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.*

OUI       NON

### 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