

L'enfant

Nom

Date de naissance

Prénom

Fille

Garçon

Les responsables**Responsable n°1 : Nom****Prénom**

Adresse

Tel personnel

Tel travail

e-mail

Responsable n°2 : Nom**Prénom**

Adresse

Tel personnel

Tel travail

e-mail

Vaccinations*Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant. Reporter la date ci-dessous.*

Diphtérie-tétanos-poliomyélite

Pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018

Hépatite B

Rubéole-oreillons-rougeole

Coqueluche

Pneumocoque

Méningocoque C

*Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.***Renseignements médicaux****L'enfant suit-il un traitement médical ?**

Oui

Non

L'enfant a-t-il un PAI ? (Projet d'accueil individualisé)

Oui

Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.***L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

Rougeole

Varicelle

Oreillons

Scarlatine

Coqueluche

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine

Otite

Angine

Rhumatisme articulaire aigu

Allergies

Asthme

Médicamenteuses

Alimentaires

Préciser :

Conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Difficultés de santé à signaler (préciser les précautions à prendre)**Recommandations utiles** (lentilles, lunettes, prothèses)

Nom du médecin traitant (facultatif)

Régime alimentaire

Sans viande

Sans porc

Repas fourni par les parents*

* seulement sur recommandations médicales

Date et signature

Autorisations

NOM de l'enfant

NOM du responsable légal

Je soussigné.e reconnait avoir pris connaissance des points ci-dessous

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties de groupe. Ainsi qu'à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'AADEC, conformément à la législation en vigueur, dans le cadre de sortie de groupe.
Le cas échéant, l'enfant devra voyager sur un siège auto ou un réhausseur homologué que je fournis.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je donne pouvoir au Responsable de l'accueil, ou à défaut son adjoint, de faire pratiquer des examens médicaux et / ou faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

AUTORISATION A RENTRER SEUL.E

J'autorise mon enfant à rentrer seul.e après l'accueil de loisirs entre 17h et 18h.

AUTORISATION DE PUBLICATION

autorise l'Association AADEC à photographier ou filmer le mineur cité ci-dessus dont je suis le parent ou le représentant légal, dans le cadre des différents événements ou activités que l'Association organise. J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de son image dans le cadre de la promotion de l'Association via les supports numériques et papiers suivants :

Presse locale

Réseaux sociaux de l'AADEC

Site internet des offices de tourisme de la chartreuse

Site de l'Aadec

Je refuse toute parution.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'Aadec qui trouverait son origine dans l'exploitation de l'image de l'enfant cité ci-dessus, dans le cadre précité. En contrepartie l'aadec s'engage à respecter l'image et à ne l'utiliser que dans le cadre précédemment défini.

Date et signature

Merci de transmettre avec cette fiche remplie et signée, sous pli cacheté :

Copie des vaccins obligatoires

Attestation d'assurance responsabilité civile pour l'année en cours

Justificatif du quotient familial

L'adhésion AADEC de l'année civile en cours (13€/famille, à régler séparément lors de l'inscription)