



**2020 - 2021**

**Autorisations :**

Je soussigné : .....  
 Père, mère ou tuteur de .....

- Autorise les Communes de Saint Hilaire du Maine ou de La Baconnière à faire donner tous les soins et/ou interventions nécessités pour l'état de mon enfant :  
**oui**  **non**

- Autorise mon enfant à partir seul :
- ♦ De l'accueil de loisirs (mercredi et vacances scolaires) : **oui**  **non**
  - ♦ De l'accueil périscolaire (garderie) : **oui**  **non**
  - ♦ De l'école : **oui**  **non**

- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités ainsi qu'au transport en commun, sous la responsabilité du personnel d'encadrement des Communes :  
**oui**  **non**

- Autorise les Communes à utiliser et à diffuser les photos de mon enfant prises lors des différentes activités qu'elle organise, dans le but de les promouvoir sur les différents supports de communication des Communes :  
**oui**  **non**

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

Son père : **oui**  **non**  Sa mère : **oui**  **non**   
 D'autres personnes : **oui**  **non**  (coordonnées à noter ci-dessous)

Nom - Prénom	N° téléphone	Lien avec l'enfant et/ou commentaire

A ..... Le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature du ou des responsables de famille

**La signature vaut acceptation des règlements intérieurs des différents accueils ou activités**

**Identité de l'enfant :**

Nom ..... Prénom.....  
 Garçon  Fille  Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à.....  
 N° Caf ..... Portable \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 (du jeune si il dispose d'un numéro)  
 Mail : .....@.....

**Famille et facturation :**

Factures envoyées à : (Mr et Mme) (Mr) (Mme)  
 Adresse : .....  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville :.....  
 Quotient familial : ..... Régime alloc : Caf  Msa  **IMPORTANT**  
 Pour les familles ne relevant pas du régime Caf, vous devez nous fournir une attestation de votre caisse nous indiquant votre quotient, dans le cas contraire, le tarif le plus élevé sera appliqué

**Père :**

Autorité parentale : **oui**  **non**   
 Nom ..... Prénom.....  
 Adresse (si différente de l'enfant) .....  
 .....  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville :.....  
 Téléphone \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Mail : .....@.....  
 Profession : .....  
 Téléphone travail \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable travail \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Mère :**

Autorité parentale : **oui**  **non**   
 Nom ..... Prénom.....  
 Adresse (si différente de l'enfant) .....  
 .....  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville :.....  
 Téléphone \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Mail : .....@.....  
 Profession : .....  
 Téléphone travail \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable travail \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Renseignements médicaux :**

Médecin traitant de l'enfant :

Nom ..... Prénom.....

Adresse : .....

Téléphone \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Vaccinations de l'enfant :**

Obligatoires : (merci de ne pas mettre les photocopies du carnet de santé)

Diphtérie : **oui**  **non**  date de vaccination : \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_

Tétanos : **oui**  **non**  date de vaccination : \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_

Poliomyélite : **oui**  **non**  date de vaccination : \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_

Ou DTP : **oui**  **non**  date de vaccination : \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_

Ou Tetracoq : **oui**  **non**  date de vaccination : \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_

(en cas de non vaccination, merci de présenter un certificat médical)

**Médicaments / Traitements :**

L'enfant suit il un traitement médical ? **oui**  **non**

**Si oui n'oubliez pas de fournir l'ordonnance médicale**

**Régime alimentaire :**

Indiquez si l'enfant suit un régime alimentaire particulier ainsi que les précautions à prendre : .....

Y a-t-il un projet d'accueil individualisé (PAI) ? **oui**  **non**

Type de repas : sans porc, sans viande à préciser .....

**Allergies de l'enfant :**

Allergies connues : (conduite à tenir) .....

**Maladies de l'enfant :**

Rubéole **oui**  **non**

Varicelle **oui**  **non**

Angine **oui**  **non**

Otite **oui**  **non**

Coqueluche **oui**  **non**

Rougeole **oui**  **non**

Scarlatine **oui**  **non**

Oreillons **oui**  **non**

Rhumatisme **oui**  **non**

**Antécédents :**

Indiquez ci après les difficultés de santé et les précautions à prendre (port de lunettes) : .....

**Renseignements divers :**

Autorisation d'hospitalisation : **oui**  **non**

L'enfant mouille-t-il son lit : **oui**  **non**  **occasionnellement**

S'il s'agit d'une fille, est elle réglée ? **oui**  **non**

Etablissement scolaire fréquenté : (nom et commune) Classe : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance pour la responsabilité civile et garantie corporelle :  
N° contrat : \_\_\_\_\_

**Autres personnes à contacter en cas d'urgence (si nous n'arrivons pas à joindre les parents) :**

Nom ..... Prénom.....

Téléphone \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nom ..... Prénom.....

Téléphone \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_