

Renseignements médicaux

1 - A-t-il eu les maladies suivantes (1) :

VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS	RUBEOLE	ASTHME
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

2 - A-t-il déjà présenté des troubles de la santé (1) :

ALLERGIE ALIMENTAIRE	ALLERGIE MEDICAMENTEUSE	ASTHME	AUTRE
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

Si oui, précisez les causes et les conséquences possibles (asthme, urticaire, œdème de Quincke, boutons, eczéma ...) et la conduite à tenir.

L'ENFANT DOIT-IL SUIVRE UN TRAITEMENT DURANT LA JOURNEE : Oui - Non

Si oui, lequel :

Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour la scolarité : Oui - Non **Si oui fournir une ordonnance avec le protocole à suivre (1)**

(1) En centres de vacances et de loisirs, l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé doit se faire, lorsqu'il est possible, conformément aux prescriptions de l'encart N°34 du B.O du Ministère de la jeunesse et de l'Education du 18 Septembre 2003. Celui-ci en prévoit toutes les modalités. L'organisateur les tient à disposition des intéressés pour les accompagner dans la mise en œuvre réciproque de celles-ci.

3 - A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladie, accident.... (les indiquer en précisant les dates) et précautions à prendre :

4 - AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (comportement pouvant aider à mieux comprendre l'enfant, port de lunettes, prothèse dentaire ...)

5 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

Joindre la copie du carnet de santé, ou un certificat de contre-indication dans le cas où l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires

CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné l'enfant : *Il ou elle ne présente aucun signe contre-indiquant la pratique des activités sportives. Il ou elle ne présente aucun signe de maladie contagieuse. Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations. Il ou elle est apte à fréquenter l'Accueil de Loisirs.*

Cachet, Nom, adresse du Médecin

Date et signature :

Autorisation Parentale Obligatoire

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, reconnais avoir complété la présente fiche et certifie exact les renseignements fournis :

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées,
- autorise ou n'autorise pas mon enfant à sortir seul (uniquement les enfants de plus de 7 ans) pendant les mercredis et vacances scolaires
- autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et notamment à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou anesthésie décidée par un Médecin.
- m'engage à informer par écrit de toute modification qui surviendrait en cours d'année.
- autorise expressément et sans contrepartie l'organisateur à prendre ou faire prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées; et à les utiliser sur tout support de communication (cf règlement intérieur).
- déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement, des conditions de réalisation des différentes activités, du Règlement Intérieur concernant l'Accueil de Loisirs.
- autorise le Service du Bureau des écoles de la Commune de St Cyr à accéder aux données à caractère personnel, via le site de la CAF.
- Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au règlement général sur la protection des données (UE N°2016/679), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'ODEL ou à la Mairie de St Cyr.

A Saint Cyr sur Mer le/...../.....

Signature **obligatoire** du responsable légal de l'enfant
précédée de la mention « Lu et Approuvé »