

# Saison 2024-2025

Valable du 1<sup>er</sup> septembre 2024 au 31 août 2025

1/2

VIUZ EN SALLAZ :

ACCUEIL PERISCOLAIRE LE DAHUT



## Fiche enfant - recommandations sanitaires

### Enfant

Nom	_____	Prénom	_____
Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Né(e) le	___ / ___ / ____
N° Allocataire	_____	Quotient familial	_____
Ecole	_____	Classe	_____

### Responsables légaux

Nom .....	Nom .....
Prénom .....	Prénom .....
Adresse .....	Adresse .....
.....	.....
Tél. Domicile .....	Tél. Domicile .....
Tél. Professionnel .....	Tél. Professionnel .....
Tél. Portable .....	Tél. Portable .....
Email .....	Email .....
Profession .....	Profession .....
Situation familiale .....	Situation familiale .....

### Contacts, déplacement de l'enfant

Habilité (1)	Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Principal	Profession Employeur
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

(1) : habilité à venir chercher l'enfant



# Saison 2024-2025

Valable du 1<sup>er</sup> septembre 2024 au 31 août 2025

2/2

ACCUEIL PERISCOLAIRE LE DAHUT

## Informations médicales, observations spéciales

<b>Médecin traitant</b>	_____ tél : _____	
<b>Rentre seul</b>	<input type="checkbox"/> à partir de ___h___ jusqu'à ___h___	
<b>Observations</b>	_____	
<b>Attestation d'assurance</b>	<input type="checkbox"/> A jour	
<b>L'enfant arrive seul</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>L'enfant porte :</b>	<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> des lunettes
	<input type="checkbox"/> des prothèses auditives	<input type="checkbox"/> des prothèses dentaires
<b>Allergies connues</b>	<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Asthme
	Autres <input type="checkbox"/> Médicamenteuse	
<b>L'enfant a eu les maladies suivantes</b>	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Coqueluche
	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire
	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine
		<input type="checkbox"/> Oreillons
		<input type="checkbox"/> Rougeole
		<input type="checkbox"/> Varicelle
<b>Vaccinations effectuées</b>	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> DT polio
	<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Rubéole-Oreillons-Rougeole
	Tétanos <input type="checkbox"/> Tétracoq	<input type="checkbox"/> Coqueluche
		<input type="checkbox"/> Hépatite B
<b>Autorise la diffusion de photo ou vidéo de mon enfant</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>Autorise le Dahut à avoir accès à mon dossier CAFPRO</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>Accepte le règlement de fonctionnement</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>Souhaite participer bénévolement à l'association</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

Je soussigné (e)..... responsable de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature :