

Parcours du Mercredi 3ème cycle

10h00 11h30 du 27/04/22 au 22/06/22

| |
|--|
| <p>3-6 ans : <input type="checkbox"/> Parcours sport PLC <input type="checkbox"/> Parcours culture P. SEMARD</p> <p>6-8 ans : <input type="checkbox"/> Parcours sport PLC <input type="checkbox"/> Parcours culture P. SEMARD</p> <p>9-11 ans : <input type="checkbox"/> Parcours nature et découverte PLC <input type="checkbox"/> Parcours art et culture P. SEMARD</p> |
|--|

Identité de l'enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance ____/____/____

Lieu de naissance _____

Sexe Féminin Masculin

❖ Responsable 1


Responsable Légal


Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

@.....

 ____/____/____/____/____

 ____/____/____/____/____

Tél employeur ____/____/____/____/____

N° alloc CAF _____

➤ Situation familiale des parents

Célibataire Marié(e)s Pacsé(e)s Union Libre

Divorcé(e)s Séparé(e)s Veuf (ve)

En cas de divorce ou de séparation, le droit de visite est-il accordé à l'autre parent ?

oui non (fournir le jugement refusant ce droit)

○ Cas de garde exclusive (fournir le jugement)

Nom et Prénom du responsable légal exerçant la garde :

❖ Responsable 2


Responsable Légal

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

@.....

 ____/____/____/____/____

 ____/____/____/____/____

Tél employeur ____/____/____/____/____

1. Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Qualité _____

 ____/____/____/____/____

.....

Nom _____ Prénom _____

Qualité _____

 ____/____/____/____/____

❖ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

➤ **Vaccins obligatoires :**

• Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche-Haemophilus influenzae b Dernier rappel : ____/____/____

➤ **Vaccins recommandés :**

• Hépatite B Dernier rappel : ____/____/____

• Rubéole Oreillons Rougeole Dernier rappel : ____/____/____

• BCG Dernier rappel : ____/____/____

• Autres Précisez Dernier rappel : ____/____/____

Votre enfant a déjà eu les maladies suivantes

Cochez la case correspondante

Rubéole ☐ Varicelle ☐ Scarlatine ☐ Oreillons ☐ Coqueluche ☐ Otite ☐

Votre enfant présente une allergie ou un risque de réactions allergiques Précisez

Votre enfant est porteur d'un handicap, ou suivi pour un problème de santé nécessitant des conditions d'accueil personnalisées (PAI) Précisez

Recommandations utiles des parents (difficultés de santé, opérations, rééducations, lunettes, prothèses, ...)

N° de Sécurité Sociale _____

Médecin traitant _____ ☎ _____/____/____/____/____

Assurance Extrascolaire _____ Mutuelle _____

❖ **AUTORISATIONS**

- ☐ Je n'autorise pas mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités
- ☐ Je n'autorise pas les prises de vue de mon enfant et la diffusion de photos, enregistrements vidéo et sonores
- ☐ Je n'autorise pas le (la) directeur (trice) à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence

Je soussigné(e), Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées dans ce dossier, avoir donné tous les renseignements nécessaire, m'engage à signaler tout changement de situation.

Le ____/____/____

Signature :