

<b>ENFANT : Nom</b> ..... <b>Prénom</b> .....
<b>Né le</b> : ..../..../..... à .....
<b>Sexe</b> : .....

Etablissement actuel : .....  
 Classe ..... - Niveau scolaire : .....

Restauration     Centre de loisirs

\*\*\*\*\* Père  ou mère  \*\*\*\*\*

Nom : ..... Prénom : .....

**Lieu de résidence de l'enfant**

.....  
 .....

Téléphones : ..../..../..../....

Perso. : ..../..../..../....

Bur : ..../..../..../....

\*\*\* *NON AUTORISE A PARTIR SEUL*  \*\*\*

\*\*\* *AUTORISE A PARTIR SEUL*  \*\*\*

(mentionner les conditions).....

\*\*\* *Personnes habilitées à prendre l'enfant* \*\*\* *Personnes à prévenir en cas d'urgence* \*\*\*  
 (mentionner le nom-prénom-lien avec l'enfant- numéro de téléphone)


\*\*\*\*\* *Médecin* \*\*\*\*\* ..... - Tél. ..../..../..../....

\*\*\*\*\* *Hôpital* \*\*\*\*\* .....

\*\*\* *N° Sécurité sociale* \*\*\* .....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux activités organisées par l'ACCEM Les Enfants d'Abord

DATE :

SIGNATURE :

ENFANT : Nom ..... Prénom .....

# REMETTRE AVEC CE DOSSIER LA COPIE DES VACCINS A JOUR

Raison non vaccination :


\*\*\*\* SERUMS \*\*\*\*

\*\*\*\* ANTECEDENTS MEDICAUX \*\*\*\*

\*\*\*\* MALADIES CONTRACTEES \*\*\*\*

\*\*\*\* TRAITEMENT MEDICAL \*\*\*\*

\*\*\*\* COMMENTAIRE MEDICAL \*\*\*\*

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le(s) responsable(s) de structure(s) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.

DATE :

SIGNATURE :





LES ENFANTS D'ABORD  
ACCEM  
11 place de la mairie  
82700 FINHAN

## AUTORISATION PARENTALE

ENFANT : Nom ..... Prénom .....

Je soussigné(e) >

demeurant : >

Veillez cocher les autorisations que vous ne souhaitez pas donner.

- Autorise le personnel de la structure, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.
- Autorise l'hospitalisation de mon enfant.
- Autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires (Anesthésie, chirurgie, ...).
- Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de la structure.
- Autorise la publication des images de mon enfant (photos ou films) sur les sites Internet, les bulletins d'informations, les calendriers de la structure et de la collectivité à laquelle elle est rattachée. Sur Internet, il ne sera mentionné aucun renseignement permettant d'identifier l'enfant.
- Autorise mon enfant à sortir de la structure en présence du personnel pour participer à des activités d'éveil et de découvertes.
- Autorise le transport de mon enfant dans le cadre des activités liées au fonctionnement de la structure.
- Autorise la collectivité à consulter, le cas échéant, mon dossier d'allocataire directement auprès de la CAF afin de prendre en compte les dernières déclarations de revenus pour le calcul des tarifs.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur dont un exemplaire nous a été remis et je m'engage à le respecter.

DATE : >

SIGNATURE : >

**ATTESTATION DE LECTURE DU REGLEMENT INTERIEUR**

Je soussigné (e), .....

Responsable de ou des enfants :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association Les Enfants d'Abord, m'engage à le respecter et le cas échéant le faire appliquer par mon enfant. J'accepte l'ensemble des dispositions du présent règlement.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature