

Saison 2023-2024

Valable du 1^{er} septembre 2023 au 31 août 2024

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
Adresse	Tél. Domicile
.....	Tél. Professionnel
Tél. Domicile	Tél. Portable
Tél. Professionnel	Email
Tél. Portable	Profession
Email	Situation familiale
Profession
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 2023-2024

Valable du 1^{er} septembre 2023 au 31 août 2024

2/2

ACCUEIL PERISCOLAIRE LE DAHUT

Informations médicales, observations spéciales

Médecin traitant	_____ tél : _____	
Rentre seul	<input type="checkbox"/> à partir de ____h ____ jusqu'à ____h ____	
Observations	_____	
Attestation d'assurance	<input type="checkbox"/> A jour	
L'enfant arrive seul	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
L'enfant porte :	<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> des lunettes
	<input type="checkbox"/> des prothèses auditives	<input type="checkbox"/> des prothèses dentaires
Allergies connues	<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Asthme
	Autres <input type="checkbox"/> Médicamenteuse	
L'enfant a eu les maladies suivantes	<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
Vaccinations effectuées	<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	
Autorise la diffusion de photo ou vidéo de mon enfant	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Autorise le Dahut à avoir accès à mon dossier CAFPRO	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Accepte le règlement de fonctionnement	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Souhaite participer bénévolement à l'association	<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 :