



**PÔLE
SERVICES**

Service Enfance Fiche de renseignements ENFANT

Dossier reçu le :

Photo
à
coller

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Date et lieu de naissance : /___/___/___ / _____

Adresse : _____

Ecole : _____ Périscolaire de rattachement _____

Lieu vacances de rattachement : _____ Mercredi : _____

	PÈRE	MÈRE	Personnes autorisées	
			Nom Prénom	Téléphone
Nom				
Prénom				
Tél. Portable				
Tél. Fixe				
Tél. Travail				
Autre personne à contacter en cas d'urgence				

Nous soussignés _____

Remplir l'autorisation ci-dessous :

Autorisons notre enfant à participer à des sorties organisées par la structure. **OUI** **NON**

Autorisons le personnel de la CCPOH à transporter notre enfant en véhicule (bus ou navette) dans le cadre des activités mises en place par le service. **OUI** **NON**

Autorisons la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants : publication dans le magazine intercommunal, documents destinés à promouvoir le service et la CCPOH en général, exposition photos dans le cadre des fêtes de fin d'année, anniversaire des enfants..., site internet de la CCPOH, promotion du service et de ses activités dans la presse quotidienne régionale.

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vue ne seront pas exploitées dans un but commercial. La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI **NON**

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et s'engageons à respecter toutes les clauses.

OUI **NON**

Pour les enfants à partir de 6 ans ou entrée en CP :

Autorisons notre enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus jusqu'à son domicile **OUI** **NON**

Autorisons notre enfant à rentrer seul du lieu d'accueil jusqu'à son domicile **OUI** **NON**

Mention « lu et approuvé »

Signature des représentants légaux

Renseignements médicaux



Joindre une photocopie lisible des pages vaccinations du carnet de santé et l'assurance responsabilité civile en cours de validité

Médecin traitant _____ N° de Tél : _____

Adresse _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Port de lunettes OUI Précisez : _____ NON

Prothèse dentaire OUI Précisez : _____ NON

Prothèse auditive OUI Précisez : _____ NON

Autre _____

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Normal Repas sans viande Repas sans porc

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES : OUI (*Merci de fournir le P.A.I.*) NON

Asthme OUI Précisez : _____ NON

Médicamenteuse : _____

Alimentaire : _____

Autre : _____

(Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL : NON OUI au centre à la maison

Si OUI (au centre), joindre la photocopie de l'ordonnance médicale et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole Coqueluche Varicelle Rougeole Otite Scarlatine Oreillons

- ◆ Déclarons avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de notre enfant par le service Enfance de la CCPOH et certifions qu'il est actuellement apte à y séjourner, à y pratiquer les activités et les sorties.
- ◆ Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les responsables de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.
- ◆ S'engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

À _____, le ____/____/____ mention « lu et approuvé »
Signature des représentants légaux

Les accueils de loisirs (périscolaire, mercredis loisirs et vacances) ont un nombre de places limité par commune.

Il s'agit d'un service facultatif proposé par la CCPOH

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la CCPOH – Pôle services intercommunal 1 place le Châtelier 60700 Pont-Sainte-Maxence.