



A certains médicaments ? oui / non Si oui, lesquels ?..... Au
 soleil ? oui / non Si oui, quelles précautions particulières prendre ?.....
 A d'autres choses ? oui / non Si oui, à quoi ?.....
 Devra t-il prendre des médicaments pendant l'accueil ? oui / non
 Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?.....
 Porte-t-il des lunettes ? oui / non
 Porte-t-il un appareil auditif ? oui / non
 Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui / non Si oui, lequel ?.....
 A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui / non
 Date du dernier rappel :
 L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Si OUI, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

- Suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non
 Détails :
- Avez-vous d'autres informations particulières importantes concernant la santé de votre enfant ?

- En cas de chute, autorisez-vous l'accueillant à donner de l'arnica (granules/gel) à votre enfant ?
 Oui Non

Divers

Votre enfant fait-il la sieste ? Oui Non
 Si oui, porte-t-il des langes durant la sieste? Oui Non Durée approximative de la sieste :

Fait à, le

Signature

Lien de parenté



AUTORISATION PARENTALE :

Je, soussigné,

Père mère tuteur répondant

autorise..... (nom et prénom de l'enfant) à participer aux accueils proposés avant et après l'école, les mercredis après-midi et aux accueils organisés durant les journées pédagogiques des écoles.

Durant ces différents temps, je place mon enfant sous l'autorité et la responsabilité des accueillants.

Au cas où, au cours de l'accueil, son état de santé réclamait une décision urgente et à défaut de pouvoir être contacté personnellement, je laisse toute initiative au médecin et au chirurgien.

En cas de symptômes liés au covid-19, je m'engage à venir rechercher mon enfant immédiatement.

Nom, date et signature :

Merci.

Vos données personnelles sont protégées conformément au règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (entré en application le 25 mai 2018) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Déclaration sur l'honneur à remettre pour participer aux différents accueils.