

## FICHE ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Âge : .....

Adresse : ..... Date de naissance : .....

.....  Garçon  Fille

..... Nationalité : .....

### SCOLARITÉ

Etabl. Scolaire: .....

Classe : .....

Instituteur : .....

### REPAS SPÉCIAUX

Repas végétarien à base de plats protéinés (poisson ou œuf)

Si votre enfant ne mange pas de porc, un repas végétarien lui sera proposé

### AUTORISATIONS

- J'autorise la Ville de St-Julien à **photographier ou filmer** mon enfant et à utiliser son image dans le cadre exclusif de la promotion des actions de la Ville :      oui  non

- J'autorise mon enfant à **rentrer seul** à la fin des activités ou à la descente du car :      oui  non

**L'inscription à un accueil éducatif implique de fait la participation de votre enfant à toutes les activités, sorties, animations intérieures et extérieures proposées. Il sera amené à utiliser les transports collectifs et individuels nécessaires aux déplacements sur les lieux d'activités.**

### PERSONNES AUTORISÉES OU NON À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Non autorisée	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Je soussigné (e), ..... déclare avoir pris connaissance du **règlement des accueils éducatifs** de la Ville de St-Julien-en-Genevois et **m'engage à le respecter**. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et je m'engage à informer les services communaux de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant. J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à ..... le ..... Signature

## FICHE MÉDICALE

Nom du père : ..... Prénom : .....

Tél. urgence père : .....

Nom de la mère : ..... Prénom : .....

Tél. urgence mère : .....

**ALLERGIES**

Alimentaires  Asthme  Médicamenteuses

.....

.....

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)**

**Coordonnées du médecin traitant**

Nom : .....

Tél. : .....

**TRAITEMENTS MÉDICAUX**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui, lequel :

Joindre une ordonnance récente 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.**

Remarques :

**VACCINATION : COPIE CARNET DE SANTE OBLIGATOIRE**

	Vaccin	Fait le	Prochain rappel	Commentaires
<input type="checkbox"/>	diphtérie, tétanos et poliomyélite			Obligatoire
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Je soussigné (e), ..... déclare avoir pris connaissance du **règlement des accueils éducatifs** de la Ville de St-Julien-en-Genevois et **m'engage à le respecter**. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et je m'engage à informer les services communaux de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant. J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à ..... le ..... Signature .....