

CLAUSE D'EXONERATION DE RESPONSABILITE

Les parents ou tuteurs légaux de l'enfant faisant l'objet de la présente inscription, reconnaissent avoir pris connaissance du fonctionnement des structures et des activités qu'elles proposent et donc :

- ↳ Autorisent l'enfant à participer à toutes les activités sportives et culturelles mentionnées dans les programmes proposés.
- ↳ Autorisent les organisateurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures sanitaires d'urgences (médecins, hospitalisation,...) rendues nécessaires par l'état du jeune.
- ↳ Autorisent leur enfant à utiliser tous types de transports collectifs (transport en commun, minibus, car). **Oui** **Non**
- ↳ S'engagent à contacter l'animateur en cas d'indisponibilité de l'enfant à se rendre à l'APS ou à l'ALSH lors d'un temps auquel il était préalablement inscrit.
- ↳ Autorisent la commune de Besné d'utiliser et de diffuser, dans le cadre des publications de la commune, des clichés photographiques et des images vidéo des usagers ; pris par des personnes dûment habilitées, dans le cadre du fonctionnement des structures enfance jeunesse, sans aucune restriction, ni limitation de durée. **Oui** **Non**

*Vous attestez avoir pris connaissance du règlement des structures **A.P.S, A.L.S.H et R.S** (disponible sur le site de commune) et êtes en accord avec celui-ci.*

Signature des parents précédée de la mention « lu et approuvé »

ENFANT(S)

Nom : Prénom :
Date et lieu de Naissance : Garçon Fille

Médecin traitant

Nom, adresse et N°tél du médecin traitant
.....

Vaccinations

Merci de nous joindre la copie des vaccins de l'enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, vous devez nous joindre un certificat médical de contre-indication.

Maladies infantiles

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Allergies

Votre enfant présente-t-il les allergies suivantes ?

Allergies	oui	non
Asthmes-respiratoires		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
autres		

Si oui précisez :
.....

Un PAI (Protocole d'accueil individualisé) est-t-il mis en place ? Oui Non

Si oui merci de nous fournir obligatoirement une copie du protocole ainsi qu'une trousse d'urgence avec les médicaments nécessaire.

Appareillages

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.

.....
.....
.....
.....
.....

Autres recommandations utiles

Merci de mentionner, le cas échéant, toute autre difficulté de santé nécessitant une surveillance particulière de votre enfant (maladie, hospitalisation, opération, autres...)

.....
.....
.....
.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire et les pièces afférentes et autorise les responsables de la Mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Signatures des parents :

Fait le :

Par.....