



### 3- DONNEES MEDICALES

Médecin traitant adresse et numéro de téléphone :

.....  
.....

Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? OUI – NON Date du dernier rappel : .....

Votre enfant est –il atteint d’une maladie, d’un trouble qui peut influencer son accueil ? OUI – NON

Si oui, pouvez – vous détailler ? .....

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

Votre enfant est-il allergique ? Si oui, à quoi ?

.....  
.....

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? OUI - NON

Si oui, lesquels : .....

!!Nous vous rappelons que la prise d’un traitement doit faire l’objet d’une prescription médicale. En aucun cas, nous ne pouvons administrer un médicament sans autorisation médicale écrite d’un médecin !!

Les accueillantes disposent d’une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l’attente de l’arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-après et ce, à bon escient : désinfectant et paracétamol.

### 4- AUTORISATIONS

- J’autorise que mon enfant soit photographié et/ou filmé lors de sa participation aux activités organisées. J’accepte également que les photos et/ou images filmées soient diffusées à des fins de communication (site internet, Facebook, journaux,...) OUI - NON
- J’autorise mon enfant à retourner seul (pas en dessous de 12 ans) OUI - NON
- En cas d’accident, j’autorise le médecin à prendre les décisions qu’il juge urgentes et indispensables pour assurer l’état de santé de l’enfant, même s’il s’agit d’une intervention chirurgicale. En cas d’urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s’ils ne sont pas joignables et que l’urgence le requiert, l’intervention se fera sans leur accord. OUI – NON

Exceptionnellement, si une autre personne que celles citées préalablement vient rechercher l'enfant, j'en avertis le responsable dès que possible.

Merci de nous avertir de toutes modifications concernant votre enfant afin de l'accueillir dans les meilleurs conditions (données médicales, autorisations, téléphone,...).

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur.....

agissant en qualité de père – mère – tuteur légal de .....

.....

déclare avoir pris connaissance du Règlement d'Ordre Intérieur de l'accueil extra-scolaire.

**DATE ET SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE :**

*« La personne signataire donne son consentement au traitement des données personnelles, dans le strict respect du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données). Elles sont récoltées uniquement pour la bonne organisation et communication de ses activités. »*