# **d’inscription – Fiche santé**

**Accueil extra-scolaire du mercredi après-midi au Maka**

## Présent chaque mercredi : Oui – Non

## Participant

Nom de l’enfant :… ……………………..….

Prénom :…… ………………………………….

Date de naissance :……………………………………………..……

Nom de l’école fréquentée :……………….…

Classe : ……………………………………………

Nom du chef de famille :………………………………………..….

Adresse :……………………………………………………….……

Téléphone privé :……………………………………………………

Gsm papa : ……………………………..…

Gsm maman :……… ……………………..

Téléphone travail papa :…………….…….

Téléphone travail maman :……… …….

Heure de retour : …….H…….

Personnes autorisées à reprendre l’enfant :

Nom et prénom : ………………………………………………………………………..

Nom et prénom : ………………………………………………………………………..

Nom et prénom : ……………………………………………………………………….

Nom et prénom : ………………………………………………………………………..

## Repas

Y-a-t-il des aliments qu’il/elle ne digère pas ? oui/non

si oui lesquels ?……………………………………………………………………………………..

A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ?………………………………………..

## Santé

Nom du médecin traitant :………………………………………….

Adresse :……………………………………………………………

Téléphone :…………………………………………………………

Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui/non

A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui/non

Si oui, quand et laquelle ?……………………………………………………………..

Le(la) participant(e) souffre-t-il/elle régulièrement ou de manière permanente de

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON | Si OUI, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières ? Merci de joindre une attestation médicale en cas de traitement. |
| Diabète |  |  |  |
| Maladie cardiaque |  |  |  |
| Epilepsie |  |  |  |
| Asthme |  |  |  |
| Saignements de nez |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

### Est-il/elle allergique

\*A certains produits alimentaires ? oui/non Si oui, lesquels ?

…………………………………………………………………………………………...

\*A certains médicaments ? oui/non Si oui, lesquels ?

……………………………………………………………………………………………

\*Autres :………………………………………………………………………………

Doit-il/elle prendre des médicaments pendant la journée ? Si oui, lesquels ?

……………………………………………………………………………………………

Souffre-t-il/elle d’un handicap ? oui/non

Si oui, lequel ?……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………..

Est-il/elle vacciné(e) contre le tétanos ? oui/non Date 1ère injection :………………….

Date dernier rappel :………………

Avez-vous d’autres renseignements utiles à transmettre aux responsables de l’accueil ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné ………………………………………….donne mon accord pour l’inscription de la personne précitée aux conditions prescrites. Les informations que j’ai fournies dans cette « Fiche inscription/Santé » sont réputées exactes et complètes. L’organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n’ayant pas été annotés dans ce document.

Je soussigné donne procuration aux responsables de la garderie matin et soir pour prendre en mon nom les mesures médicales qui s’avèreraient nécessaires.

**Tarif**

De 12h à 18h : 5€/mercredi pour le 1er enfant et 4€ à partir du 2ème d’une même famille.

Chaque enfant doit être muni de son badge

Toute absence non signalée sera comptabilisée comme présence.

**Le droit à l’image**

**Je suis d’accord que mon/mes enfant(s) soit/soient pris en photo durant les activités. Ces photos peuvent être diffusées dans le journal, le site internet…**

OUI –NON

Nom du signataire :…………………………………………………..

Degré parental :………………………………………………………

Date :……………………….

Signature,

RGPD : Les données relatives à votre identité et celles de vos enfants ou autres personnes ne seront utilisées que dans le cadre de l’ATL (appel d’urgence, reprise des enfants,….) soit à des fins de facturations. En aucun cas ces données ne seront diffusées à quiconque que ce soit conformément à la réglementation générale sur la protection des données personnelles.