

FICHE RENSEIGNEMENT DU MINEUR

NOM Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Portable du jeune :

Établissement scolaire :

AUTORISATIONS

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | mon enfant à rentrer seul(e) de la Teen House. |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | à être pris en photo ou filmé dans le cadre des activités de la Teen House et être utilisés par Léo Lagrange et la commune afin d'illustrer leurs publications |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | mon enfant à pratiquer des activités physiques et sportives et à se baigner lors des sorties avec la teen house |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | mon enfant à être transporté en car, voiture pour toutes sorties le nécessitant. |
| <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas | le responsable de l'ALAÉ à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant |

SANTÉ DU MINEUR

Mon enfant est à jour de ses vaccins obligatoires (copie carnet de santé) Oui Non

Mon enfant fait l'objet d'un Protocole d'accueil individualisé (PAI) Oui Non

Mon enfant suit un traitement médical Oui Non

Si oui, lequel ? :

Mon enfant a un régime alimentaire Sans porc Sans viande

Votre enfant a une notification de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?

Oui Non

Si oui, perçoit-il l'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) Oui Non

Mon enfant a des allergies (alimentaires, médicamenteuse...) Oui Non

A préciser :

NOM et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

Recommandations utiles des représentants légaux :

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

Fait à Val d'Erdre-Auzence, le / /

Signature(s) (préciser père, mère ou tuteur légal)