Accueils extrascolaires/Journées pédagogiques/Temps de midi/Mercredis récréatifs

des temps d'accueil proposés par la Commune de Meix-devant-Virton

Fiche de renseignements (OBLIGATOIRE - une par enfant)

❖ Chef-fe de famille

NOM :…… Date de naissance :……/……/……
Prénom :…… Numéro national : ……
Adresse :……
……
Tel. : ……/…… GSM : ……/……
E-mail :……

❖ Enfant

NOM :…… Date de naissance :……/……/……
Prénom :…… Numéro national : ……
Implantation scolaire : (lieu) …… ❑ maternelle ❑ primaire

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :
NOM : …… Lien de parenté : …… Tél : ……/……
NOM : …… Lien de parenté : …… Tél : ……/……
NOM : …… Lien de parenté : …… Tél : ……/……

Personne(s) autorisées à venir rechercher votre enfant : ……
……
……

NOM et N° de téléphone du médecin traitant : ……

Votre enfant peut-il participer aux activités proposées (sport, excursions, jeux, natation, …) ? ❑ oui ❑ non
Si non, lesquelles ? ……

Votre enfant sait-il/elle nager ? ❑ pas du tout ❑ un peu ❑ très bien
A-t-il/elle peur de l'eau ? ❑ oui ❑ non
Les sorties à la piscine ne seront proposées que dans le cadre des Mercredis récréatifs.

Votre enfant a-t-il subi des maladies ou interventions médicales (ex : appendicite) ? ❑ oui ❑ non
Si oui, lesquelles et en quelle année ? ……

Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? ❑ oui ❑ non Si oui, date du dernier rappel : ……

Quel est le groupe sanguin de votre enfant ? ……

Quel est le poids de votre enfant (à la date de rédaction de cette fiche) **?** ……
Cette information a pour objectif de faciliter la prise en charge médicale d'urgence.

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? ❑oui ❑non
Si oui, lequel (spécifiez) …….

Votre enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? ❑ oui ❑ non
Si oui, laquelle/lesquels ? .....
Quelles en sont les conséquences et quelle réaction à avoir ? ……
……
……

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? ❑ oui ❑ non
Si oui, le(s)quel(s) (nom + dosage éventuel) ? ……
Est-il autonome dans la prise de ce(s) médicament(s) ? ❑ oui ❑ non
Si non, merci de fournir un cerficat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.

Votre enfant est-il propre ? ❑ oui ❑ non
Si non, merci de fournir le nécessaire de change au personnel d'accueil.
Quels renseignements souhaitez-vous nous communiquer à ce propos ? ……
……
……

Quels autres renseignements jugez-vous importants à nous transmettre (en lien avec le comportement/les besoins de votre enfant ou données médicales) **?** (Exemple : port de lunettes, port d'un appareil dentaire ou auditif, besoin d'un objet transitionnel, …) ……
……
……

Autorisez-vous l'Administration communale à capter et à diffuser sur tous supports (internet, presse, …) et en tous formats l'image de votre enfant dans le cadre des activités ? ❑ oui ❑ non

---

Je soussigné(e) (NOM, prénom) ……

❑ père ❑ mère ❑ tuteur de (NOM, prénom de l'enfant) …… ……

- ✓ place mon enfant sous la responsabilité des/de l'accueillante(s),
- ✓ reconnais avoir lu et approuvé le projet d'accueil comprenant le règlement d'ordre intérieur,
- ✓ marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par les/l'accueillante(s) durant la fréquentation de mon enfant aux temps d'accueil auxquels il participe,
- ✓ laisse toute initiative au médecin sur place de poser tout acte indispensable et en mesure de la gravité de la situation pour assurer l'état de santé de mon enfant, au cas où son état de santé réclamerait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté-e personnellement.

Date et signature