**RENSEIGNEMENTS**

Autorisation pour venir chercher un enfant ou laisser rentrer seul

Les enfants mineurs ne peuvent être confiés qu’à des personnes en ayant reçu l’autorisation des parents ou du responsable légal.

Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l’enfant et un numéro de téléphone.

* Mr/Mme :……………………………………………………………................................................................................................ TELEPHONE :…………………………………………………………………………………………………………….
* Mr/Mme :……………………………………………………………………………...................................................................... TELEPHONE :……………………………………………………………………………………………………………
* J’autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin de la séance.

**DROIT A L’IMAGE**

Dans le cadre du droit à l’image, j’autorise mon enfant à être filmé à des fins strictement pédagogiques et à apparaître sur le site Internet « blocabrac.fr » 🗖oui 🗖 non

## A…………………………………., le………………… Signature

**RENSEIGNEMENTS**

NOM : ……………………………………………………PRENOM : ………………………………………………………

SEXE: H / F DATE DE NAISSANCE:…………………………………………..

ADRESSE :……………………………………………………………………………………………………………………

TEL PERE ………………………………… TEL MERE…………………………………

EMAIL ………………………………………………@………………………………………

**CRENEAUX**

**3 ans** **6/8 ans 10/12 ans**

Mercredi 10h/10h45 Mercredi 11h/12h Mercredi 16h30/18h

Vendredi 17h15/18h Mercredi15h15/16h15 Samedi 11h15/12h45

 Samedi 10h/11h

**4/5 ans 8/10 ans** **13/16 ans**

Mercredi 14h15/15h Mercredi 10h30/12h Mercredi 18h/20h

Samedi 10h/10h45 Samedi 11h15/12h45 Vendredi 18h/20h

**Adultes**

Mardi 19h30/21h30

**Choix n°1** :……………………………………………………………………..**Choix n°2** :………………………………………………………………………

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**VACCINATIONS**

(Se référer au carnet de santé́ ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)

**Vaccins obligatoires**

Diphtérie Tétanos Poliomyélite Ou DT polio Ou Tétracoq BCG

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**TRAITEMENTS**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence aux cycles escalade ? Oui  non 

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boites de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**ALLERGIES**

ASTHME : OUI 🖵 NON 🖵 ALIMENTAIRES : OUI 🖵 NON 🖵

MEDICAMENTEUSES : OUI 🖵 NON 🖵 AUTRES .................................................

PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

P.A.I (projet d’accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles) ................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. ................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant
DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité́ de peau, crème solaire)

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

Je soussigné(e), .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.

**Joindre à ce document un certificat médical ou un questionnaire de santé.**

Date : Signature :