

## AUTORISATIONS PARENTALES / ATTESTATION D'ASSURANCE / DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) : ....., responsable de l'enfant : .....

\* **Autorise mon enfant à participer**, pour l'année scolaire ..... aux activités dans les locaux d'Archipel (ateliers, jeux, récréation...) et aux activités à l'extérieur de la structure (sorties, visites d'expositions et promenade...)

\* **Autorise mon enfant à sortir seul du centre ARCHIPEL à la fin des activités** :  OUI  NON

**Si non**, merci de préciser les noms et prénoms des personnes qui peuvent venir chercher votre enfant :

.....

\* **Certifie que mon enfant est bien assuré** à ..... sous le numéro : .....

Archipel effectue régulièrement des **reportages photos de vos enfants** dans le cadre de ses activités, destinés à être utilisés sur nos supports de communication.

**Autorisez-vous cette utilisation ?**  OUI  NON

Fait à Toulouse, le .....

Signature du responsable légal :

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT**

- 6 ans

+ 6 ans

MERCI DE JOINDRE A CE DOSSIER :

COPIE DES VACCINS / ATTESTATION D'ASSURANCE / JUSTIFICATIF DU QUOTIENT FAMILIAL

N° adhérent :

Date inscription :

**NOM de l'enfant:** .....

**PRENOM de l'enfant:**.....

Date et lieu de naissance de l'enfant :.....

Nom du/des responsables : .....

**COORDONNEES du/des responsables :**

Adresse : .....

.....

.....

Mobile : .....

Domicile : .....

Professionnel : .....

Email :.....

**ASSURANCE (responsabilité civile) :**

Compagnie : ..... N° .....

**AUTRES RENSEIGNEMENTS (facultatifs)**

Jour de la séance :

Mardi après-midi

Jeudi après-midi

Mercredi après-midi

Samedi matin

Stage vacances

Bénéficiaires de la carte Vacances Loisirs. :  OUI  NON

Si oui, merci de fournir une photocopie

Profession des parents : .....

Connaissance Archipel :.....

Autres renseignements: .....



Association ARCHIPEL  
23, rue Arnaud Bernard  
31000 TOULOUSE  
Tel 05 34 41 14 99  
E-mail : [contact@archipel-toulouse.fr](mailto:contact@archipel-toulouse.fr)  
<http://www.archipel-toulouse.fr>

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON moins de 6 ans

### ➤ ENFANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon  Fille

### ➤ VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON
Diphtérie		
Poliomyélite		
Tétanos		
<b>Ou</b> DT Polio		
<b>Ou</b> Tétracoq		
BCG		

### ➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui  Non

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non		oui	non
Rubéole			Varicelle		
Angine			Scarlatine		
Coqueluche			Otite		
Rougeole			Oreillons		
Rhumatisme articulaire aigu					

### ALLERGIES :

Asthme : oui  non  Alimentaires : oui  non

Médicamenteuses : oui  non  Autres : .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR ET  
SIGNALER TOUTE AUTOMEDICATION :**

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

➤ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil d'orthodontie etc. précisez.

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

➤ **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....  
.....

Tél domicile : ..... Tél bureau : .....

Tél portable : .....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale etc.) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :