

Les pièces ci-dessous sont à déposer sur votre portail famille Inoé après avoir transmis cette fiche de renseignements auprès de la PARTAGERAIE :

- Photocopie du DT POLIO avant 2018 et des 11 vaccins obligatoires à partir de 2018 (carnet de vaccination)
- Attestation de Quotient Familial (QF) datant de moins de 2 mois
- Test d'aisance aquatique (uniquement pour la jeunesse)

**Informations concernant l'enfant :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

ECOLE : ..... CLASSE : .....

**Votre enfant peut rentrer seul(e) :** oui  non

**Responsables légaux :** (autorisés de fait à récupérer l'enfant)

**Responsable légal 1 :** Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

**Adresse mail :** .....@.....

Téléphone domicile : .....

Portable : ..... Téléphone pro : .....

**Responsable légal 2 :** Nom : ..... Prénom : .....

Portable : ..... Téléphone pro : .....

**En cas d'urgence, personne à alerter en premier** Nom : ..... Prénom : .....

N° allocataire CAF/MSA : ..... Quotient familial : ..... (Joindre attestation)

**Personnes autorisées à venir récupérer mon enfant :** (en plus des responsables légaux)

Nom et Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant (grand-parents, voisins, amis...)

Possibilité de rajouter/modifier des personnes en cours d'année via le portail famille.

**Renseignements concernant votre enfant :**

Si votre enfant dispose d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), merci de nous transmettre obligatoirement le protocole, l'ordonnance ainsi que la trousse avec le traitement. (Dans emballage d'origine avec nom de l'enfant), et ce pour chaque année scolaire.

- Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

**Aucun traitement ne pourra être administré sans ordonnance établi par un médecin.**

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (cocher les cases)

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otitites	Rougeole	Oreillons	

- Votre enfant a-t-il les allergies suivantes ? : (cocher les cases)

➤ **Asthme** : oui  non

➤ **Alimentaires** : oui  non  : Si oui, lesquelles ? .....

➤ **Médicamenteuses** : oui  non  : Si oui, lesquelles ? .....

➤ **Autres** : oui  non  : Si oui, lesquelles ? .....

- Votre enfant est-il porteur de handicap ? : oui  non  : Si oui, lequel ? .....

**Recommandations des parents :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, .....

Les difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...): En précisant les dates et précautions à prendre : .....

**Médecin traitant :** Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

**Autorisation du responsable légal de l'enfant :**

- Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'association à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise la PARTAGERAIE à prendre mon enfant en photo et utiliser ces dernières à des fins de communication propres à l'association (site internet, presse, exposition, événement, réseau sociaux, ...)
- Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur enfance et/ou jeunesse de la PARTAGERAIE consultable sur le site internet de la PARTAGERAIE.

**Les dossiers sont valables jusqu'au 31 août 2024.**

Pour une première inscription, une fois le dossier transmis à la PARTAGERAIE, un identifiant et mot de passe vous seront communiqués par mail pour accéder à votre portail famille Inoé.

**Signature :** précédé de la mention « lu et approuvé »