

## Fiche d'informations personnelles

*Activités pour l'année scolaire 20\_\_ - 20\_\_*

(Ces informations sont utilisées pour les inscriptions de vos enfants aux ateliers réguliers et/ou ponctuels organisés par Glanette. Elles sont confidentielles et permettent une prise en charge adéquate et sécurisée de vos enfants)

ENFANT(S)	
1	Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M F Né(e) le : ..... / ..... / ..... Langue maternelle : .....
2	Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M F Né(e) le : ..... / ..... / .....
3	Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M F Né(e) le : ..... / ..... / .....
Adresse : ..... Code postal : ..... Commune : .....	
RESPONSABLES LÉGAUX	
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	Autorité parentale : OUI NON  Nom marital ( <i>nom d'usage</i> ) : ..... Prénom : ..... Adresse (si différente de celle de l'enfant) : ..... Code postal : ..... Commune : ..... ..... Natel : ..... / ..... Courriel électronique : .....  <input type="checkbox"/> Adresse à utiliser pour les envois postaux/Factures
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	Autorité parentale : OUI NON  Nom marital ( <i>nom d'usage</i> ) : ..... Prénom : ..... Adresse (si différente de celle de l'enfant) : ..... Code postal : ..... Commune : ..... ..... Natel : ..... / ..... Courriel électronique : .....  <input type="checkbox"/> Adresse à utiliser pour les envois postaux/Factures

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde de l'enfant a-t-il l'autorisation de venir le chercher à la fin de l'activité ?  OUI  NON (Si « non » veuillez joindre le jugement fixant les modalités de garde de l'enfant.)

L'enfant vit chez :  ses parents  sa mère  son père  autre :

**AUTRES PERSONNES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX**

Personnes à appeler en cas d'urgence si les parents demeurent injoignables et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie de l'activité.

Je soussigné(e), (*nom et prénom*) ..... agissant en tant que représentant légal de l'enfant, demande qu'en notre absence et en cas d'urgence, notre enfant soit transporté à nos frais à l'hôpital le plus proche et à faire pratiquer les soins en cas d'intervention chirurgicale. Il est entendu que tous les moyens seront mis en œuvre pour me prévenir ou me faire prévenir avant toute prise de décision importante.

<b>Personne 1</b>	À appeler en cas d'urgence	Autorisée à venir chercher l'enfant
	Nom : .....	Prénom : .....
	Lien avec l'enfant : ..... <i>Frère/Sœur/Grand-père/Grand-mère/etc. (à préciser)</i>	
	Adresse : .....	
	Code postal : ..... Commune : .....	
Natel : ..... / .....		
<b>Personne 2</b>	À appeler en cas d'urgence	Autorisée à venir chercher l'enfant
	Nom : .....	Prénom : .....
	Lien avec l'enfant : ..... <i>Frère/Sœur/Grand-père/Grand-mère/etc. (à préciser)</i>	
	Adresse : .....	
	Code postal : ..... Commune : .....	
Natel : ..... / .....		

En cas d'urgence ou d'impossibilité d'atteindre les parents, ceux-ci autorisent le référent de l'activité de Glanette à faire appel au service d'urgence 144, si nécessaire. Les frais de ces démarches sont à l'entière charge des parents.

**FICHE SANITAIRE PAR ENFANT**

<b>Enfant 1</b>	Votre enfant suit-il un régime alimentaire ou un traitement médical ?
	.....
	.....
	Fait-il des allergies ? (Aliments, piqûres d'insectes, etc.)
	.....
.....	
Présente-t-il une maladie chronique ? (Asthme, convulsions, diabète, etc.)	
.....	
.....	
Autres difficultés ou points particuliers ? (Difficultés de socialisation, incontinence, etc.)	
.....	
.....	
.....	

<b>Enfant 2</b>	<p>Votre enfant suit-il un régime alimentaire ou un traitement médical ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Fait-il des allergies ? (Aliments, piqûres d'insectes, etc.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Présente-t-il une maladie chronique ? (Asthme, convulsions, diabète, etc.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Autres difficultés ou points particuliers ? (Difficultés de socialisation, incontinence, etc).</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>Enfant 3</b>	<p>Votre enfant suit-il un régime alimentaire ou un traitement médical ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Fait-il des allergies ? (Aliments, piqûres d'insectes, etc.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Présente-t-il une maladie chronique ? (Asthme, convulsions, diabète, etc.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Autres difficultés ou points particuliers ? (Difficultés de socialisation, incontinence, etc).</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**AUTORISATIONS** (cocher les cases correspondantes signifie que vous nous donnez votre autorisation)

**Soin des petits bobos :**

- Globules d'arnica :  OUI  NON
- Pommade à l'arnica :  OUI  NON  
(Similasan)
- Globules apis mellifica :  OUI  NON
- Roll-on piqûres d'insectes :  OUI  NON  
(Similasan)
- Merfen :  OUI  NON
- Sparadrap :  OUI  NON
- Crème solaire si besoin :  OUI  NON

**Photos :**

- J'autorise mon enfant à être pris en photo dans le cadre des activités avec Glanette-forêt pour une utilisation interne (bricolage, souvenir du groupe) :  OUI  NON
- J'autorise mon enfant à être pris en photo et que celle-ci puisse être publiée (sur le site internet [www.glanette-foret.ch](http://www.glanette-foret.ch) ou pour un article dans un journal) :  OUI  NON

**RESPONSABILITÉS**

J'atteste que mon enfant est couvert par une RC et une assurance accident.

Remarques : \_\_\_\_\_

Je m'engage à communiquer au responsable du groupe de jeux les éventuels changements des informations ci-dessus.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature d'un/e représentant/e légal/e : \_\_\_\_\_