



Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---

En cas d'allergie, merci de préciser la ou lesquelles :	Conduite à tenir :
-	-
-	-

**Prévention des risques liés à la chaleur : période estivale**  
 Durant la période estivale, nous vous demandons de bien vouloir fournir à votre enfant, chaque jour d'accueil un sac à dos avec :

- une gourde remplie d'eau
- une casquette, un chapeau, etc
- un tube de crème solaire
- un tee-shirt à manche courte (de préférence de couleur claire)

Mon enfant n'est pas allergique à la crème solaire  
 J'autorise l'équipe d'encadrement à appliquer de la crème solaire à mon enfant

**Précautions à prendre et recommandations utiles sur le temps de l'accueil :**

**Traitement médical sur le temps de l'accueil :** OUI  NON

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

- Quel traitement ?	
- Ordonnance	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance)
- Posologie	
Remplir la <input type="checkbox"/> <i>fiche de suivi sanitaire</i>	

Je soussigné(e), Monsieur, Madame.....responsable de l'enfant ci-dessus déclare :

- exacts les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à les réactualiser si nécessaire** ;
- autoriser le directeur de l'accueil collectif de mineurs (ACM) du Centre Social à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;
- avoir pris connaissance qu'en cas d'accident corporel sans responsabilité de l'organisateur, les frais médicaux pouvant en résulter ne seront pas pris en charge par ce dernier.

Date signature :