

Attestation

- Je soussignée _____ père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié ², de
- Je soussigné _____ père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié ², de

- Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs (disponible sur www.covati.fr, rubrique « Vivre » > « Enfance-jeunesse »).
- Certifie avoir pris connaissance et adhère au règlement intérieur ci-joint de la structure (disponible sur www.covati.fr, rubrique « Vivre » > « Enfance-jeunesse »).
- Certifie avoir pris connaissance de l'Autorisation d'utilisation de l'image au bénéfice de la Covati, Communauté de communes de vallées de la Tille et de l'ignon.
- M'engage à rencontrer l'animateur, le directeur, en cas de problèmes occasionnés par mon enfant.
- M'engage à prendre en charge, toute dégradation dont mon enfant serait responsable.
- M'engage à rembourser à l'organisateur (la COVATI), les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison de soins prodigués.
- A été informé d'avoir, en vertu des articles 30 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dites « Loi informatique et libertés », un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concernent.

Fait à _____, le _____

Je soussigné(e) _____, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés à ce formulaire et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

En cochant cette case, je signe ce document

² Rayer la mention inutile

Renseignements sanitaires

NOM :

PRENOM :

Vaccinations : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies.....)

Conduite à tenir spécifique :(sommeil, hygiène, alimentation, port de lunettes, port d'appareillage auditif.....)

Traitement médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil)
Si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil contactez le responsable. La copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

Signalez toute difficulté de santé aux responsables des structures d'accueil fréquentées

En cas d'urgence

Je soussigné(e) autorise, en qualité de représentant légal de l'enfant, le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires.

Je soussigné(e) autorise, en qualité de représentant légal de l'enfant, le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires.

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés à ce formulaire et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

En cochant cette case, je signe ce document

Médecin traitant

Nom :

Téléphone :

Commune :