

RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATIONS MEDICALES

Nom et prénom de l'enfant _____

Né(e) le ____/____/____ Adhérent(e) : MDF MDC MPL MDN

Domicilié(e) : _____

École fréquentée de l'année en cours : _____ Classe : _____

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant : _____

Lieu d'hospitalisation souhaité en cas d'urgence : _____

Nom et le numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas de nécessité : _____

Asthme

Allergies médicamenteuses Précisez : _____

Allergies alimentaires Précisez : _____

Traitement médical chronique Précisez : _____

PAI (projet d'accueil individualisé) : NON OUI (*nous transmettre notre formulaire du projet d'accueil individualisé complété par le médecin spécialiste*)

Difficultés de santé ou particularités de votre enfant (handicap, maladies infantiles, accidents, hospitalisations, crises convulsives, rééducation...) en précisant, le cas échéant, la date de l'événement et les précautions à prendre :

NOUS, SOUSIGNES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT,

La mère

Nom et prénom _____ Profession : _____

Tél. mobile : _____ Email : _____@_____

Le père

Nom et prénom _____ Profession : _____

Tél. mobile : _____ Email : _____@_____

Autre personne désignée comme responsable légal

Nom et prénom _____ Profession : _____

Tél. mobile : _____ Email : _____@_____

(Le cas échéant, nous transmettre une copie de la décision de justice donnant l'autorisation parentale à une autre personne que le père ou la mère sur la garde de l'enfant)

Si application, mode de garde : Alterné Exclusif

(Le cas échéant, nous transmettre une copie de la décision de justice ou d'un accord parental sur la garde de l'enfant)

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant autre(s) que les parents :

1. Nom et prénom _____

Qualité : _____ Tél. mobile : _____

2. Nom et prénom _____

Qualité : _____ Tél. mobile : _____

Autorisons **N'autorisons pas** notre enfant à participer aux sorties et activités organisées par le centre

Autorisons **N'autorisons pas** la MDF à photographier notre enfant durant son accueil et à diffuser ces photos à l'intérieur du site

Autorisons **N'autorisons pas** le personnel d'ENFANTASIA-NOUMEA à administrer du paracétamol à notre enfant en cas de fièvre

Autorisons le responsable d'ENFANTASIA-NOUMEA à faire hospitaliser notre enfant en cas d'urgence

Autorisons à faire soigner et faire opérer en cas d'urgence notre enfant et à pratiquer les examens et les actes de soins que nécessiterait son état de santé *(et nous engageons à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.)*

Acceptation du règlement intérieur

Confirmons avoir pris connaissance du règlement intérieur d'ENFANTASIA-NOUMEA (disponible sur www.mdf.nc) ainsi qu'à l'accueil du centre) et en accepter les termes.

Fait à _____, le : _____ / _____ / _____

Signature de la mère

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du père

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du responsable légal (si applicable)

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Dans le cadre de ce traitement, la mutuelle collecte des données à caractère personnel.
L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.