

Enfant :	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance :
Nom :			Prénom :
Adresse :			

PERE	MERE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N°Allocataire :	N°Allocataire :
Régime : CAF / MSA / RSI / Autres :	Régime : CAF / MSA / RSI / Autres :
Tél Domicile :	Tél Domicile :
Tél Travail :	Tél Travail :
Tél Portable :	Tél Portable :
Mail :	Mail :

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Vaccins obligatoires	oui		non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (préciser)					
ou Tétracoq											
B.C.G.											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. **Nota :** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?

oui non

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : Médicamenteuses oui non Asthme oui non
Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ?

IV – Vos autorisations :

➤ **Mon enfant peut rentrer seul de l'Accueil de loisirs :**

OUI / NON

➤ **Ces personnes sont autorisées à venir chercher l'enfant**

Nom/Prénom

Tél :

Nom/Prénom

Tél :

(Obligation d'avoir indiqué au moins une personne)

➤ **J'autorise le Centre à réaliser des photos ou vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant. Ces photos peuvent faire l'objet d'une parution sur le site internet, sur les journaux quotidiens ou des livrets explicatifs des séjours**

OUI / NON

➤ **J'autorise mon enfant à pratiquer les activités de baignade et activités sportives organisées par l'Accueil de loisirs (fournir un brevet si l'enfant l'a déjà passé)**

OUI / NON

V – Décharges :

- JE SOUSSIGNE :
- L'ENFANT A PARTICIPER AUX ACTIVITES DE L'ACCUEIL.
- CERTIFIE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS DONNES DANS CETTE FICHE.
- AUTORISE LE DIRECTEUR OU ANIMATEURS A PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES EN CAS D'URGENCE.
- AUTORISE LE DIRECTEUR A TRANSPORTER L'ENFANT DANS SON VEHICULE OU UN MINI BUS.

VI – Documents obligatoire sur la structure

- NUMERO MSA OU CAF
- CAISSE ALLOCATAIRE
- NOTIFICATION DU MEDECIN DE VACCINATION A JOUR
- ATTESTATION MUTUELLE
- ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE
- FICHE P.A.I SI POSSIBLE (pour les enfants concernés)
- FICHE D'IMPOSITION (quotient familial)

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :



santé
famille
retraite
services