

L'ENFANT

Nom _____	Prénom _____	Sexe M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
Ecole _____		Né (e) le : _____
Classe _____		N° Tél Prioritaire _____
inscrit sous N° Sécurité Sociale Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/>		Médecin traitant Nom : _____ Adresse : _____ N° de tél. : _____
caisse de : _____		
n° _____		

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

	Parent 1	Parent 2
Nom Prénom		
Adresse		
CP et Ville		
Adresse Mail	@	@
N° tél. dom.		
N° tél travail		
Portable		

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom, Prénom			
Lien de parenté			
Commune			
N° tél. dom.			
N° tél travail			
Portable			

Assurances

Nom de la société	
Adresse	
N° du contrat	

Renseignements médicaux et autorisations concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(marqués au nom de l'enfant accompagné de la notice)

1- Vaccinations: joindre une photocopie du carnet de vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre indication** date dernier rappel

Obligatoires		OUI	NON	
DT Polio / Pentacoq				
Recommandés	Hépatite B	OUI	NON	
	Rubéoles Oreillons Rougeoles	OUI	NON	
	Autres (précisez, notamment si vaccination méningite C)	OUI	NON	

2- Maladies :

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	AUTRES
--------------------	----------------------	------------------	---------------------	----------------------	--------

3 - Allergies

Asthme OUI NON	Alimentaire OUI NON	Médicamenteuse OUI NON	Maquillage OUI NON	Autres (précisez)
-------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------	-------------------

Préciser cause de l'allergie et de la conduite à tenir (fournir ordonnance+ protocole si nécessaire)

Difficultés de santé importante à signaler (maladie, accident, crises, convulsions, etc.)

Recommandations utiles (lentilles, lunette, prothèses, etc.)

4 - Autorisations Parentales

Je soussigné (e) _____ représentant légal de l'enfant _____
Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à en signaler toutes les modifications.

- Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues, nécessaires par l'état de santé de mon enfant sur conseil médical et m'engage à en payer les frais
 N'autorise pas

J'autorise mon enfant

A partir accompagné de	sous présentation d'une pièce d'identité			A partir seul
nom prénom	lien avec l'enfant	ville	téléphone	Heure : _____
				sur accord écrit (à joindre)

A être photographié ou filmé par l'équipe d'animation OUI NON

diffusion des photos et / ou des films OUI NON

A être enregistré vocalement et diffusé OUI NON

A être transporté par les personnels des structures dans leur véhicule ou celui de l'association si nécessaire (assurance prévue) OUI NON

A sortir du centre de loisir accompagné d'un animateur OUI NON

A pratiquer des sports de pleine nature OUI NON

A pratiquer des activités nautiques OUI NON

Mon enfant sait-il nager ? OUI NON mais il aime l'eau
 A peu près (un peu) NON et il a peur de l'eau

Je souhaite apporter des précisions :

**IMPORTANT : FOURNIR LA
COPIE DES VACCINS**

Date et signature
lu et approuvé