

Nom et prénom de l'enfant..... Sexe  F  M

Adresse..... Commune.....

Date de naissance..... Age.....

Etablissement scolaire..... Classe.....

Responsable de l'enfant à prévenir en cas d'urgence en priorité :

Nom, prénom.....

Adresse et téléphone.....

Nom et téléphone du médecin traitant (souhaité).....

Coordonnées	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Responsable légal 3
	lien de parenté.....	lien de parenté.....	lien de parenté.....
Nom-Prénom			
Adresse (si différ. de l'enfant)			
Code postal			
Commune			
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Téléphone professionnel			
Mail			
Profession			

Situation familiale :  mariés  séparés/divorcés (merci d'indiquer qui a la garde des enfants) :

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant				
Interdit	Autorisé	Nom-Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

N° allocataire CAF..... QF.....

N° allocataire MSA..... QF.....

Autres régimes

☺ Carte d'adhésion au Centre Social (date de validité) .....

☺ Activités à facturer :  au responsable légal 1  au responsable légal 2  au responsable légal 3

à un autre organisme (précisez nom et adresse).....

Nom et Prénom de l'enfant.....

## 1 – VACCINATIONS (merci de remplir la partie ci-dessous au lieu de fournir des photocopies)

Vaccination obligatoire	Dernier rappel le	Autres vaccins	Dernier rappel le
Diphtérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Tuberculose <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Hépatite B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Poliomyélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		R.O.R. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il un dossier MDA ?  oui  non Si oui, merci de préciser les raisons

L'enfant a-t-il un PAI ?  oui  non Si oui, merci de nous donner des précisions

*Dans ces 2 cas, il est conseillé de venir voir la directrice de l'accueil de loisirs pour en discuter.*

L'enfant suit-il un traitement médical ?  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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

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

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

L'enfant a-t-il ?

un régime particulier.....  une allergie alimentaire.....  
 une allergie médicamenteuse.....  autre allergie.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

## 3 – RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... (précisez) ?

## 4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné.....

responsable de (nom, prénom).....

- donne l'autorisation aux responsables de l'animation de transporter ou faire transporter mon enfant, pour d'éventuelles sorties ;
- de prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé des enfants.

autorise  n'autorise pas mon enfant ..... à rentrer seul (e) le soir après l'activité

autorise  n'autorise pas mon enfant ..... à se baigner / votre enfant sait-il nager  oui  non

autorise  n'autorise pas la diffusion de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités du Centre Social

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

souhaite recevoir les infos du Centre Social par mail

infos enfance

infos jeunesse

autres infos

Date : .....

Signature :