

1 – ENFANT

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Lieu de naissance :

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

TÉL. Portable maman/papa/grand parent (rayer la mention inutile) :

TÉL. Portable maman/papa/grand parent (rayer la mention inutile) :

Adresse mail :

Quotient familiale CAF :

(Fournir justificatif ou l'avis d'imposition N-2)

Numéro d'allocataire CAF :

(Sans justificatif, la tranche maximum sera appliquée)

3 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication ou indiquer « à jour » dans la case(engage votre responsabilité)

4 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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*)

Nom et tél du médecin traitant :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME ☐ oui ☐ non MEDICAMENTEUSE ☐ oui ☐ non

ALIMENTAIRE ☐ oui ☐ non AUTRES :

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

.....

.....

L'enfant a-t-il une reconnaissance MDA/MDPH ? Oui ☐ non ☐

Si oui, bénéficiez vous de l'AEEH ? Oui ☐ non ☐

.....

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Les **difficultés de santé** (Maladie, Accident, ...) En précisant les dates et les **précautions à prendre**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....

.....

.....

6- DIVERS

Homéopathie

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas l'équipe d'animation à donner de l'homéopathie (granules, crème anti-moustique, contre les coups).

Droit d'image

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas, l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant et à éventuellement les utiliser afin d'illustrer les supports d'information et de communication.

Transport

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas, mon enfant à emprunter les différents transports dans le cadre des activités organisées par l'accueil de loisirs Les P'tits Montagnards (minibus)

Natation

Mon enfant :

- ☐ Sait nager (sur 25m en brasse ou crawl sans se tenir au bord et sans frite) et mettre la tête sous l'eau
☐ sait nager avec des brassards/ceinture ☐ ne sait pas nager (brassard obligatoire)

E-mail

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas l'équipe d'animation à m'envoyer par e-mail les programmes d'animation

7- Autorisation

Personne à **Prévenir** en cas d'urgence et/ou **Autorisée** à venir chercher mon enfant en cas d'absence des parents

Nom et prénom	Qualité	N° de téléphone	Prévenir	Récupérer
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Je soussigné _____, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.*

**Je m'engage à acquitter toutes les factures de l'accueil de loisirs.*

**Je déclare avoir pris connaissance et du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et reconnais accepter l'ensemble des dispositions.*

Date :

Signature :