

### **Recommandations utiles des parents**

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

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

A-il besoin d'un équipement spécial (brassard, bouée,...) ?

Oui lequel ?..... Non

(A fournir par les parents)

### **Médecin traitant**

Nom :  
.....  
.....

Adresse :  
.....  
.....

N° de téléphone :  
.....

### **En cas d'urgence :**

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, autorise la direction du Centre à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Oui Non

A ..... Le.....

Signature du responsable de l'enfant

# **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Groupe : P / M / G (cycle cocher par la direction du centre)

### **ENFANT :**

Nom Prénom :.....

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

### **Responsable de l'enfant :**

**Père, Mère, Tuteur Autre :**

Nom Prénom :.....

Adresse :.....  
.....

Téléphone :.....

Profession :.....Téléphone travail :.....

Nom et adresse de l'employeur :.....

E-mail : .....

### **Responsable de l'enfant :**

**Père, Mère, Tuteur Autre :**

Nom Prénom :.....

Adresse :.....  
.....

Téléphone :.....

Profession :.....Téléphone travail :.....

Nom et adresse de l'employeur :.....  
.....

### **Adresse de facturation :**

Merci d'indiquer l'adresse de facturation si différente de l'adresse des Responsables légaux. :.....  
.....

### **NUMERO D'ALLOCATAIRE :**

C.A.F. :.....

M.S.A. :.....

# Santé de l'enfant

## Mon enfant prend le bus :

Arrêt de bus du matin : .....

Arrêt de bus du soir : .....

## Renseignements : (Cocher les cases correspondantes)

J'autorise à prendre mon fils/ma fille en photo, à réaliser un film, à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication :

- Sur le site Internet de l'accueil de loisirs/de l'association/mairie

- Sur l'album photos/le film qui sera réalisé

- Sur tout support d'information relatif à la promotion des activités du centre/de l'association

- Sur les documents de la 3CS.

## OU :

Je n'autorise pas à prendre mon fils/ma fille en photo, à réaliser un film, à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication

Régime alimentaire spécial : Informer la direction des régimes allergique ou alimentaires.

## Recommandations des parents:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant:

.....  
.....  
.....  
.....

**VACCINATIONS** : Précisez ci-dessous la cause de l'allergie et la conduite à tenir joindre certificat médical d'un allergologue.

(Joindre photocopie du carnet de santé)

▶ Vaccin obligatoire : DT POLIO :  oui  non

Date du dernier rappel : .....

▶ Vaccins recommandés :

BCG :  oui  non

ROR :  oui  non

Hépatite B :  oui  non

Méningite :  oui  non

▶ Autre (préciser) :  oui .....  non

*Pour être accueilli au centre de loisirs, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal.*

## L'enfant souffre t-il d'allergies ?

Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire

Autres (maquillage,...)

.....  
.....  
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.*

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

.....  
.....  
.....

(Tourner la page) ⇨