

Fiche de renseignements et autorisations

Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance :

Sexe : M F

Régime Alimentaire : Aucun Sans viande PAI (à fournir)

Etablissement scolaire fréquenté : Ville :

Nom et prénom du parent effectuant l'inscription :

N° d'allocataire CAF : Quotient Familial (de moins de 3 mois, fournir justificatif) :

Parent 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Parent 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tel fixe :	Tel fixe :
Portable personnel :	Portable personnel :
Tel professionnel :	Tel professionnel :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Situation familiale :	Situation familiale :

Autres personnes autorisées à venir récupérer l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone portable : Lien avec l'enfant :

A appeler en cas d'urgence : oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone portable : Lien avec l'enfant :

A appeler en cas d'urgence : oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone portable : Lien avec l'enfant :

A appeler en cas d'urgence : oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone portable : Lien avec l'enfant :

A appeler en cas d'urgence : oui non

Informations Sanitaires

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Pas de photocopie

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence en Accueil Collectif de Mineurs ? 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 des allergies ? oui non
 ASTHME : oui non MEDICAMENTEUSES : oui non ALIMENTAIRES : oui non
 AUTRES

Si oui, joindre un certificat médical en précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir. (si automédication le signaler) :.....

L'enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé en cours : oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <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	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

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

3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non DES LUNETTES : oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

Autres recommandations, à préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

4 – MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom : téléphone :

Adresse :

Informations Vie quotidienne

Toutes informations qui vous semblent intéressantes de transmettre à l'équipe de direction : (habitudes, alimentations, physiques, précautions éventuelles ...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Assurance de l'enfant

Responsabilité civile et individuelle accident : oui non (fournir un justificatif)

Compagnie d'assurance : N° de police d'assurance :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché :

Bénéficiez-vous la Couverture Maladie Universelle (CMU) : oui non (pour la CMU, fournir un justificatif)

Je soussigné(e) (nom et prénom), responsable légal du mineur :

- Certifie avoir pris connaissance du règlement du Centre de Loisirs et m'engage à le respecter.
- Autorise le CLC à utiliser et à diffuser l'image de mon enfant sur les différents supports de communication utilisés par le CLC.
- Autorise le CLC à faire pratiquer en cas d'accident toutes les mesures d'urgence jugées nécessaires par le responsable de l'activité (y compris l'hospitalisation et intervention chirurgicale).
- Pour le secteur PASSERELLE 11/13 ans autorise mon fils/ma fille à rentrer seul(e).
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature :