

## 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 :