

1 L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Garçon Fille
 Date de naissance : / /

2 RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : Père Mère Autre
 Si Autre, précisez : _____
 Tél port : _____ Tél maison : _____ Tél prof : _____
 Numéro de sécurité sociale : _____
Droit à l'image : (Reportez votre choix de la fiche des autorisations parentales) oui non

3 PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

4 VACCINATIONS

- J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccinations et joins la copie du carnet de vaccinations
 J'atteste que mon enfant ne satisfait pas aux obligations de vaccinations et joins le certificat médical de contre-indication

ATTENTION ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

5 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <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
Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Particularités sanitaires/Allergies :

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

Asthme OUI NON
Médicamenteuses OUI NON
Alimentaires OUI NON

Si autre, préciser ci-contre :

Votre enfant possède-t-il un PAI ? OUI NON

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

6 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

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

Régime alimentaire : OUI NON Si oui, merci de préciser :

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (traitement, hospitalisation) et la pratique de toutes interventions chirurgicales ou anesthésiques décidées par un médecin. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à : _____ Le : / / Signature : _____