



L'ENFANT

NOM : Prénom

DATE DE NAISSANCE :

Garçon Fille

Etablissement scolaire fréquenté :

Nombre de frères et de sœurs :

REPRESENTANT LEGAL

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Tél portable 1 :

Tél travail : Tél portable 2 :

Employeur du père :

Employeur de la mère :

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro allocataire de la CAF :

Adresse mail :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS SUPPLEMENTAIRES	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
DT polio		Coqueluche	
Tétracoq		autre	
BCG			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MIGRAINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSE OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

L'enfant suit-il un traitement 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.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

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

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui

RECOMMANDATIONS EVENTUELLES

.....

AUTORISATIONS

J'autorise:

- mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :
oui non
- mon enfant à participer aux activités de baignade surveillées :
oui non
- mon enfant à se déplacer avec le transport mis en place par le centre
oui non
- les animateurs à soigner l'enfant si besoin oui non
- le responsable du séjour à prendre toutes mesures nécessaires pour la santé de l'enfant oui non
- mon enfant à rentrer seul au départ du centre oui non
- mon enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus choisi oui non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (nom, prénom, adresse, téléphone) :

-
-
-
-

Fait à

SIGNATURE

Le