



**DOSSIER ENFANT**  
**ACCUEIL DE LOISIRS DE SAINT-LAURE**

**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 : .....

Profession et employeur du père : .....

Profession et 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 .....