

**Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives,...?

.....

Votre enfant sait nager ? Oui Non

A-t-il besoin d'un équipement spécial (brassard, bouée,...) ?

Oui lequel ? ..... Non

(A fournir par les parents)

**Médecin traitant**

Nom :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

N° de téléphone :

.....

**En cas d'urgence :**

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, autorise la direction du Centre à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Oui Non

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**2022**

Nom Prénom enfant :.....

Date de naissance :..... Age :.....

**Responsable de l'enfant :**

Père, Mère, Tuteur Autre

Nom Prénom :.....

:Adresse.....

.....

.....

Téléphone :.....

Profession :.....Téléphone travail :.....

**E-mail :** .....

**Responsable de l'enfant :**

Père, Mère, Tuteur Autre

Nom Prénom.....

:Adresse.....

.....

.....

Téléphone :.....

Profession :.....Téléphone travail :.....

Nom et adresse de l'employeur :.....

.....

**NUMERO D'ALLOCATAIRE :**

**C.A.F. :** .....

**M.S.A. :** .....

Merci d'indiquer l'adresse de facturation si différente de l'adresse :

**Mon enfant prend le bus :**

Arrêt de bus du matin :.....

Arrêt de bus du soir :.....

**Renseignements :** ( Cocher les cases correspondantes)

J'autorise à prendre mon fils/ma fille en photo, à réaliser un film, à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication:

- Sur le site Internet de l'accueil de loisirs/de l'association/mairie -

Sur l'album photos/le film qui sera réalisé

- Sur tout support d'information relatif à la promotion des activités du centre/de l'association - Sur les documents de la 3CS.

**OU :**

Je n'autorise pas à prendre mon fils/ma fille en photo, à réaliser un film, à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication

Régime alimentaire spécial : Informer la direction des régimes allergique ou alimentaires.

**Recommandations des parents:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Santé de l'enfant**

**VACCINATIONS** :Précisez ci-dessous la cause de l'allergie et la conduite à tenir joindre certificat médical d'un allergologue. (Joindre photocopie du carnet de santé)

▶ Vaccin obligatoire : DT POLIO :  oui  non Date du dernier rappel :.....

▶ Vaccins recommandés :

BCG :  oui  non

ROR :  oui  non

Hépatite B :  oui  non Méningite :  oui  non ▶ Autre (préciser) :

oui .....  non Pour être accueilli au centre de loisirs, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal.

**L'enfant souffre t-il d'allergies ?**

Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire

Autres (maquillage,. )

.....  
.....  
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

.....