

Recommandations utiles des parents

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

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

A-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

A Le.....

Signature du responsable de l'enfant

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ETE 2019

Groupe : P / M / G (cycle cocher par la direction du centre)

ENFANT :

Nom Prénom :.....

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

PERE :

Nom Prénom :.....

Adresse :.....
.....

Téléphone :.....

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

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

MERE :

Nom Prénom :.....

Adresse :.....
.....

Téléphone :.....

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

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

E-mail :

Adresse de facturation :

Merci d'indiquer l'adresse de facturation si différente de l'adresse des parents.....
.....
.....

NUMERO D'ALLOCATAIRE :

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

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

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

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

Sans viande (pas de repas spécial fourni par le centre)

Sans porc

Autre régime alimentaire spécial (repas fourni par les parents)

Recommandations des parents:

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

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

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

Santé de l'enfant

VACCINATIONS (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,...)

Précisez ci-dessous la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical d'un allergologue)

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

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...) en précisant les dates et les précautions) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

(Tourner la page) ⇔