

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...)

.....