

L'ENFANT

NOM : **PRÉNOM :**

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON
FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ? 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non

AUTRES (allergie au maquillage, crème,)

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non , DES LUNETTES : oui non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant).

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE : oui non (au besoin prévoir des protections hygiéniques)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire...) :

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Si oui, votre enfant sait-il nager ? : oui non (Pour information, nous obligeons tous les enfants de moins de 8 ans à porter des brassards).

Mon enfant à plus de 8 ans, je fourni une attestation de 25 mètres nage libre à EPV : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux sorties éducatives organisées par l'ALSH EPV: oui non
(Attention, si je n'autorise pas les sorties, en cas de sortie de tout l'ALSH, je devrais trouver une solution pour garder mon enfant)

Autorisation de transport en véhicule de service, minibus et car de location : oui non

Si mon enfant prend la navette, je l'autorise à rentrer seul le soir à partir de l'arrêt : oui non

Autorisation d'hospitalisation : je donne pouvoir à la direction du centre de loisirs, ou à défaut son adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence : oui non

Autorisation de publication : à l'occasion de sorties pédagogiques et/ou d'activités au centre de loisirs, il se peut que mon enfant soit photographié et/ou filmé et que les images soient utilisées pour publication sur les supports de l'Association (Plaquette, Expositions photos interne, site de l'Espace Pierre Valdo uniquement), je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL PERSONNEL (fixe et/ou portable) : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :