

### 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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 :