



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

2018 / 2019

## L' ENFANT

NOM: ..... PRÉNOM: ..... DATE DE NAISSANCE: .....

ADRESSE COMPLÈTE: .....

ÉCOLE: ..... CLASSE À LA RENTRÉE 2018: .....

VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER? OUI NON L'AUTORISEZ-VOUS À SE BAIENER? OUI NON

## LES PARENTS

### LE PÈRE

### LA MÈRE

NOM: .....

PRÉNOM: .....

ADRESSE: .....

TÉL DOMICILE: .....

TÉL PORTABLE: .....

TÉL TRAVAIL: .....

ADRESSE MAIL: .....

PROFESSION: .....

NOM DE L'EMPLOYEUR: .....

N° S.S CHEF DE FAMILLE: .....

N° ALLOCATAIRE CAF: .....

N° ALLOCATAIRE MSA: .....

NOM DE L'ASSURANCE: .....

N° D'ASSURANCE OU RESPONSABILITÉ CIVILE: .....

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES



### VOTRE ENFANT A T-IL OU A T-ELLE EU

VARICELLE	OUI NON	COQUELUCHE	OUI NON	OREILLONS	OUI NON
ROUGEOLE	OUI NON	SCARLATINE	OUI NON	ANGINES	OUI NON
OTITE	OUI NON	RUBÉOLE	OUI NON		

### INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUBIES OU AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ. INDIQUEZ LESQUELLES ET À QUELLE DATE :

.....  
.....

### VACCINATIONS



DATE

RAPPEL

DIPHTÉRIE-TÉTANOS	OUI NON	.....	.....
B C G	OUI NON	.....	.....
D T POLIO	OUI NON	.....	.....

### MÉDICAMENTS JOURNALIERS À DONNER À L'ENFANT (JOINDRE L'ORDONNANCE)

.....

### EXISTE-T-IL DES CONTRE INDICATIONS MÉDICALES POUR LA PRATIQUE DE CERTAINES ACTIVITÉS ? SI OUI, LESQUELLES ?

.....

### NOM & TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

### VOTRE ENFANT FAIT-IL DES ALLERGIES ? OUI NON LESQUELLES ?

.....

## AUTORISATION PARENTALE

Je (Nous) soussigné(s) : .....

Père, Mère, Tuteur\*, Responsable de l'enfant : .....

Certifions avoir pris connaissance du règlement de l'accueil de loisirs sans hébergement.

Nous autorisons le ou la responsable du Centre à faire soigner notre fils, fille\* et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins **OUI NON**

Nous autorisons l'organisateur et l'équipe d'animation à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration des activités **OUI NON**

Fait à ..... Le .....

Signature