

L'ENFANT

NOM
PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE
ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ
CLASSE (rentrée 2020)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VACCINATIONS

	OUI/NON	Date		OUI/NON	Date
Méningocoque			Coqueluche		
Tétracocq(Diphthérie/Tétanos/Polio)					
BCG			<i>Autres :enfants nés en 2018 :</i>		
Hépatite B			Haemophilis Type B		
Rubéole, Oreillon, Rougeole			Pneumocoque		

ALLERGIES

	OUI/NON		OUI/NON
ASTHME		MÉDICAMENTEUSE	
ALIMENTAIRE		AUTRES	

Traitement médical ou conduite à tenir :

--

Traitement PAI : l'enfant a t'il un traitement PAI en cours : OUI / NON *

Si oui : vous devez nous le déposer à l'accueil et demander un rendez vous avec la directrice de l'accueil de loisirs .

MALADIES

	OUI/NON		OUI/NON		OUI/NON		OUI/NON
Rubéole		Rougeole		Angine		Autres :	
Coqueluche		Scarlatine		Otite			
Varicelle		Oreillons		Rhumatisme Articulaire			

GROUPE SANGUIN :

--

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES DES PARENTS :

Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, régime alimentaire spécial, diabolos....

--

MÉDECIN TRAITANT : Nom :

Téléphone

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM (Père, mère, Tuteur *) :			
PRÉNOM :			
ADRESSE :			
TÉLÉPHONE :			
COURRIEL :			
RÉGIME SOCIAL : N°	CAF :	MSA :	AUTRE :
RESPONSABILITÉ CIVILE	Nom :	N°RC :	

AUTRE RESPONSABLE :

NOM (Père, mère, Tuteur *) :			
PRÉNOM :			
ADRESSE :			
TÉLÉPHONE :			
COURRIEL :			
RÉGIME SOCIAL : N°	CAF :	MSA :	AUTRE :
RESPONSABILITÉ CIVILE	Nom :	N°RC :	

Je soussigné (e) : Nom, Prénom, Qualité :.....

responsable de l'enfant : (Nom, Prénom) :.....
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et
autorise le responsable ou l'équipe d'animation

-à me prévenir et faire appel à un médecin, Samu, pompiers en cas d'accident **OUI / NON ***

- à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration de l'activité **OUI / NON***

Toutes les données demandées par le Centre Social ne seront utilisées que dans le cadre de l'accueil et des activités et ne seront pas divulguées à l'extérieur (Règlement RGPD/CNIL)

J'autorise : (Nom, Prénom, Téléphone de la ou les personne(s) en dehors du responsable) :
à venir récupérer l'enfant

DATE :

Mettre la notation : Lu et Approuvé
SIGNATURE

***rayer la mention inutile**