



**ENFANT**

Nom : ..... Date de naissance : .....  
Prénom : .....

**RESPONSABLE LEGAL 1 :**  Père  Mère  Tuteur légal

Nom : ..... Adresse : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Code postal : ..... Ville : .....  
Profession : ..... Tel domicile : .....  
Employeur : ..... Tel portable : .....  
Mail : ..... Tel professionnel : .....  
Organisme :  Général  MSA N° allocataire CAF/MSA : .....

**RESPONSABLE LEGAL 2 :**  Père  Mère  Tuteur légal

Nom : ..... Adresse : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Code postal : ..... Ville : .....  
Profession : ..... Tel domicile : .....  
Employeur : ..... Tel portable : .....  
Mail : ..... Tel professionnel : .....  
Organisme :  Général  MSA N° allocataire CAF/MSA : .....

**SITUATION FAMILIALE**

Marié  Pacsé  Divorcé  Séparé  Veuf/ve  Célibataire

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Nom du médecin : ..... Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit  
Adresse : ..... prioritairement ?  
.....  Hôpital d'Annonay  
Code postal : ..... Ville : .....  Clinique des Cévennes  
Tel : .....  Autres : .....



Je soussigné(e) ..... autorise le responsable du centre de loisirs à  
prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)  
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature : .....

**MALADIES INFANTILES**

	Rubéole	Angine	Varicelle	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

**TRAITEMENT**

Si votre enfant suit un traitement pendant son temps de présence au centre de loisirs, vous devez obligatoirement fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants. AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE !

**ALLERGIES**

Asthme :  Oui  Non Médicamenteuse :  Oui  Non  
 Alimentaire :  Oui  Non Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

Régime alimentaire : .....

Difficultés de santé de l'enfant : maladies, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

**PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

**AUTORISATION PARENTALE****JE M'ENGAGE :**

- A rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- A mettre à mon enfant des vêtements adaptés aux activités proposées marqués au nom de l'enfant.

**J'AUTORISE MON ENFANT :**

- A participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)
- A voyager en voiture individuelles et par moyen de transport collectif
- A être filmé et photographié

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**Vous devez obligatoirement joindre à ce dossier :**

- Photocopie du carnet de vaccination



CENTRE DE LOISIRS  
L'ARBRE AUX OUISTITIS  
DAVEZIEUX



Date et signature  
Précédées de la mention « lu et approuvé »