

ENFANT Nom : Prénom : Date de naissance :

PERE : Nom: Prénom: Tél. domicile :

Tél. portable : Tél. Professionnel: Mail :

Profession : Employeur:

MERE : Nom: Prénom: Tél. domicile :

Tél. portable : Tél. Professionnel: Mail :

Profession : Employeur:

RESPONSABLE (contact avec la structure) : Nom: Prénom:

Tél. domicile: Tél. portable : Tél. Professionnel: Mail :

Adresse complète :

Numéro Allocataire CAF/MSA : Autre régime : N° Sécurité Sociale :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Nom du médecin traitant : Adresse : Tél:

Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit prioritairement ?

Hôpital d'Annonay : Clinique des Cévennes : Autres : (Précisez)

◆ **VACCINATIONS :**

Fournir obligatoirement la photocopie des vaccinations se trouvant dans le carnet de santé.

Si l'enfant n'a pas eu les vaccins obligatoires (*Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT polio*), joindre un certificat médical de contre-indication

◆ **MALADIES INFANTILES**

	Rubéole	Angine	Varicelle	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

◆ **TRAITEMENTS et/ou ALLERGIES**

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON (Rayer la mention inutile)

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ni autorisation parentale.

Allergies : Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres


Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication : le signaler) :

.....

Indiquez les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez :

Autres observations particulières (contre-indication alimentaire, maladie chronique) :
.....

 Le (La) soussigné(e) Autorise la Directrice du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT


NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Si votre enfant à plus de 6 ans, est-il autorisé à rentrer seul ? OUI

NON

ENGAGEMENTS et AUTORISATION des PARENTS

Je m'engage :

-  - à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- à prévenir le centre de tout désistement la veille du jour concerné avant 17h, sinon je m'engage à régler la somme due, sauf sur présentation d'un certificat médical.
- à mettre à mon enfant des **vêtements adaptés aux activités proposées marqués au nom de l'enfant.**

J'autorise l'enfant :

- à participer à toutes les activités organisées par l'association (transport y compris)
- à voyager en voiture individuelle ou par transport collectif
- à se baigner : l'enfant sait-il nager ? OUI NON (Rayer les mentions inutiles)
- à être maquillé, filmé et photographié OUI NON

Je soussigné(e), en ma qualité de responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A Saint-Cyr le

Signature du Responsable

(Précédée de la mention «lu et approuvé»

FAMILLES RURALES de SAINT-CYR

Siège social : Mairie de Saint-Cyr

07430 SAINT-CYR

Tél. : 04 75 67 47 81 ou 04 75 67 47 85

yvmeteil@orange.fr www.famillesrurales07@org

Association loi 1901, agréée et habilitée pour son action :

- Famille
- Consommation
- Éducation
- Jeunesse
- Loisirs
- Tourisme
- Vie associative
- Formation
- Santé

Membre de Familles Rurales, fédération nationale, reconnue d'utilité publique.