

1) L'enfant :

Nom : Prénom : Date de naissance :

2) Les Responsables

Père Mère Grands-parents Autres :

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Adresse : Code Postal :
 Ville : Mail :
 Téléphone portable : Téléphone professionnel :
 Profession : Employeur :
 Numéro d'Allocataire CAF : Numéro de sécurité sociale : Régime général MSA
 Organisme : Adresse de l'organisme :

Père Mère Grands-parents Autres :

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Adresse : Code Postal :
 Ville : Mail :
 Téléphone portable : Téléphone professionnel :
 Profession : Employeur :
 Numéro de sécurité sociale : Organisme : Régime général MSA
 Numéro d'Allocataire CAF : Quotient CAF :

3) Les renseignements médicaux

Nom du médecin :
 Adresse : Code Postal :
 Ville : Téléphone :
 Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit en priorité ?
 Hôpital d'Annonay Clinique des Cévennes Autres :



Je soussigné(e) Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (Traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

	Rubéole	Angine	Varicelle	Scarlatine	Coqueluche	Rhumatisme	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

4) Les vaccinations

Vaccins obligatoires	Dates	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio		Coqueluche	
Tétracoq		Autres :	



Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

5) Traitement et/ou allergies

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON Un PAI ? OUI NON



Si oui, joindre le PAI et une ordonnance récente avec 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.**

Asthme : OUI NON

Allergies médicamenteuses : OUI NON

Alimentaire : OUI NON

Autres :

*Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) /Observations particulières (contre-indication alimentaire, maladie chroniqu...) :

.....

*Indiquez les difficultés de santé de l'enfant : Maladies, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre** :

.....

*Recommandations utiles : l'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires :

6) Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

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

7) Autorisation parentale

Je m'engage :

- À rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- À **prévenir le responsable de tout désistement**
- À mettre à mon enfant **des vêtements adaptés aux activités proposées** (baskets, chapeau...) **marqués au nom de l'enfant.**

J'autorise l'enfant :

- À participer aux activités organisées par l'association (transport y compris) OUI NON
- À voyager en voiture individuelle et par moyen de transport collectif OUI NON
- À être filmé et photographié. OUI NON
- À être diffusé sur différents support : internet / Facebook / journaux/ panneaux d'affichages OUI NON

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

Date et Signature du père ou de la mère, précédée de la mention « lu et approuvé »