

alsh.perouse@gmail.com

MINISTÈRE DE LA
JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

Année 2017-2018

CENTRE DE LOISIRS DE PEROUSE
Ecole Publique 90160 PEROUSE
03.84.21.56.09

ENFANT

Nom – Prénom

Sexe : M F Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel : Mail : .

Ecole fréquentée :

L'enfant sait-il nager ? oui non Si oui, merci de fournir le brevet de natation

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Repas : standard sans porc alternatif

L'enfant présente-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités ? oui non

Si oui, lesquelles

L'enfant suit-il un traitement ? oui non

Si l'enfant suit un traitement, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) :

PERE DE L'ENFANT

Nom – Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone personnel

Téléphone professionnel

Téléphone portable.....

Accepte de recevoir par mail :

- les factures oui non

- nos informations oui non

Adresse mail :

Employeur

MERE DE L'ENFANT

Nom – Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone personnel

Téléphone professionnel

Téléphone portable.....

Accepte de recevoir par mail :

- les factures oui non

- nos informations oui non

Adresse mail :

Employeur

Caisse d'Allocations Familiales de rattachement :

N° Allocataire CAF : QF :N° Sécurité Sociale : / / / / / / / / / /

PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	N° DE TELEPHONE

VACCINATIONS : joindre **obligatoirement** la photocopie des pages "Vaccinations" du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

SI L'ENFANT FAIT L'OBJET D'UN P.A.I, merci de le fournir à l'équipe pédagogique.

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). **Précisez les dates et les précautions à prendre**

.....

(si automédication, le signaler)

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

.....

* * * * *

Nous soussignés responsables de l'enfant

- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- Autorisons le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de notre enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) ;
- Nous engageons à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ;
- Autorisons notre enfant à participer à toutes les activités ;
- Autorisons notre enfant à rentrer seul (à partir du C.P.) : oui non
- Autorisons l'équipe à prendre des photos et vidéos de notre enfant durant les activités et à les utiliser à des fins promotionnelles : oui non

Date :

Signature des responsables légaux :