

alsh.perouse@gmail.com

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

Année 2018-2019

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 .....

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 ?**

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

**L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?**

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

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 :