

ENFANT :

NOM : Sexe : Fille Garçon
Prénom : Date de naissance : Age :
N° CAF : (obligatoire pour la déclaration) Si MSA, cochez la case :
Régime alimentaire particulier ?
Médecin traitant : NOM : VILLE :
Téléphone :
Personnes à prévenir en cas d'urgence : NOM : Tél :
NOM : Tél :
Personnes habilitées à récupérer l'enfant :
.....

RESPONSABLE :

Père Mère Autre. Préciser :

PERE :

NOM : Date de naissance :
Prénom : Profession :
Adresse : CP :
VILLE : Tél domicile :
Portable : Adresse @ :
Employeur : Tél professionnel :

MERE :

NOM : Date de naissance :
Prénom : Profession :
Adresse : CP :
VILLE : Tél domicile :
Portable : Adresse @ :
Employeur : Tél professionnel :

AUTRE :

NOM : Date de naissance :
Prénom : Profession :
Adresse :
CP : VILLE :
Tél domicile : Tél professionnel :
Portable : Employeur :

AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant désigné ci-dessus, déclare :

avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre de loisirs (*horaires, adhésion, responsabilités...*),

décharger les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures de fonctionnement,

autoriser ne pas autoriser mon enfant à sortir seul du centre à partir de heures,

autoriser mon enfant à participer à toutes les activités dans le cadre du centre (*sauf indication particulière à signaler*),

autoriser le directeur ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (*hospitalisation, opération ...*). Lieu d'hospitalisation souhaité :

autoriser le directeur ou l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant.



VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Autre (préciser).....				B.C.G	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et 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 et ne saurait être administré par un personnel du centre de loisirs.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

ALLERGIES :

Asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non

Autres :

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

.....
.....
.....

Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Préciser :

.....
.....
.....

Contre indication pour la pratique d'activités sportives ? oui non

Précisions :

Rappel : Toutes les activités de vos enfants sont couvertes par notre assurance (MAE n° de sociétaire C004784445), mais nous rappelons votre intérêt à souscrire par ailleurs une assurance couvrant votre enfant en responsabilité civile et dommages corporels.

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements ci-dessus

Fait à Le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)