

Période d'adhésion : ...../...../..... (Tout changement en cours d'année devra nous être signalé)

## IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale sous lequel l'enfant est enregistré : \_\_\_\_\_

## ACCUEIL

Accueil de loisirs

Séjours de vacances  Dates du séjour : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse lieu séjour : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE LÉGAL

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Tél. prof. : \_\_\_\_\_ Tél. portable autre resp. : \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui		Non		Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui		Non		Date
Diphthérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (préciser)					
ou Tetracoq											
B.C.G.											

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour :**

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.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez si oui) :**

Varicelle  Angine  Rougeole  Otite  Rhumatisme articulaire aigu   
Coqueluche  Oreillons  Rubéole  Scarlatine

**L'enfant a-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses ou autres), de l'asthme :**

Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

**L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial :** \_\_\_\_\_

**P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours :**  Oui  Non

(Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles)

**Recommandations utiles des parents :**

(problèmes de santé, lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires...)

**Baignade :**  Sait nager  Ne sait pas nager

**Nom - Téléphone de son médecin traitant :** \_\_\_\_\_

**Pour les séjours :** L'enfant mouille-t-il son lit ?  Oui  Non

A-t-il des terreurs nocturnes ?  Oui  Non

A-t-il un rituel pour dormir ?  Oui  Non

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du représentant légal :**