



N° de l'Enfant :	TYPE DE REPAS
NOM : _____	Normal <input type="checkbox"/>
Prénom : _____	
Né (e) le : ____ / ____ / ____ Sexe : _____	Sans porc <input type="checkbox"/>
Etablissement scolaire fréquenté en 2014- 2015 _____	
Classe Année 2014-2015 : _____ Nom instituteur : _____	Autres <input type="checkbox"/>
N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant : _____	
Régime complémentaire : Nom de la mutuelle : _____ N° de contrat : _____	

**PARTIE RESERVEE A L'ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL**

**GROUPE**

Bus matin \_\_\_\_\_ Accueil matin \_\_\_\_\_

Bus soir \_\_\_\_\_ Accueil soir \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS**

Autorise mon enfant à rentrer seul :

du Centre    oui    non

du Bus        oui    non

Autorise mon enfant à participer à l'activité baignade :

              oui        non

Mon enfant sait nager :

              oui        non

Diplôme 25 m nage libre ou test d'aptitude (fournir photocopie) :

              oui        non

**Entourez OUI ou NON**

Autorise également le ou la Responsable de l' Accueil de Loisirs Municipal, à utiliser les photos prises au cours de l'année 2013 - 2014. Ceci pour publication d'expositions, presse, etc..., je m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela.

**N'autorise pas**

**Les horaires d'ouverture et de fermeture de l'Accueil de Loisirs doivent être respectés** par les familles. En dernier recours, si aucune personne autorisée dans ce dossier n'a pu être contactée, le ou la Responsable de l'Accueil de Loisirs Municipal prendra contact avec les **Services de police** pour rechercher les parents et faire assurer la garde de l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions générales d'inscription.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du Responsable

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant : elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Joindre des photocopies si nécessaire).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeoles	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres à préciser :	
ou Tétracoq					
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

Votre enfant bénéficie-t-il d'une AVS\* ?      Oui      Non

\*Auxiliaire de Vie Scolaire

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?      Oui      Non

L'enfant suit-il 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 et sans l'avis du Responsable.

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

RUBEOLE SCARLATINE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS		IMPETIGO	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

Entourez OUI ou NON

<b>ALLERGIES :</b>	ASTHME	OUI	NON
	ALIMENTAIRES	OUI	NON
	MEDICAMENTEUSES	OUI	NON
	AUTRES :		
	.....		

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET DE LA CONDUITE A TENIR (si auto-médication le signaler)

### INDIQUEZ CI-APRES :

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

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

P  isissez

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les Services Municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence et à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :