

### L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON

FILLE

### 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT polio				Coqueluche	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ? 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 ?

<b>RUBÉOLE</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>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES (allergie au maquillage, crème,.....) .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

**P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**INDIQUEZ CI-APRÈS** : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

### 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non , DES LUNETTES : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant).

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE : oui  non  (au besoin prévoir des protections hygiéniques)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire...) : .....

### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Si oui, votre enfant sait-il nager ? : oui  non  (Pour information, nous obligeons tous les enfants de moins de 8 ans à porter des brassards).

Mon enfant à plus de 8 ans, je fourni une attestation de 25 mètres nage libre à EPV : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux sorties éducatives organisées par l'ALSH EPV : oui  non   
(Attention, si je n'autorise pas les sorties, en cas de sortie de tout l'ALSH, je devrais trouver une solution pour garder mon enfant).

Autorisation de transport en véhicule de service, minibus et car de location : oui  non

J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir à partir de 16h30 : oui  non  (uniquement pour les enfants de 10/12 ans habitant à proximité du centre de loisirs).

Autorisation d'hospitalisation : je donne pouvoir à la direction du centre de loisirs, ou à défaut son adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence : oui  non

Autorisation de publication : à l'occasion de sorties pédagogiques et/ou d'activités au centre de loisirs, il se peut que mon enfant soit photographié et/ou filmé et que les images soient utilisées pour publication sur les supports de l'Association (Plaquette, Expositions photos interne, site de l'Espace Pierre Valdo uniquement), je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications : oui  non

### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉL PERSONNEL (fixe et/ou portable) : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

Je soussignée, ..... 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, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :