

Maternelle Petite Section 3 ans <input type="checkbox"/>	Maternelle Moyenne & Gde Section 4 / 5 ans <input type="checkbox"/>	CP / CE1 6 / 7 ans <input type="checkbox"/>	CE2 / CM1 / CM2 8 / 10 ans <input type="checkbox"/>	11 / 13 ans <input type="checkbox"/>	14 / 17 ans <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	--	--

VOTRE ENFANT

NOM : **Prénom** :
Date de naissance : **Lieu naissance** : **Sexe** : M F

LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : **Prénom** :
Adresse :
 **Tel** : **Portable** :
 n° de sécurité sociale : **Mutuelle** : n°:

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM - Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Autorisée à récupérer l'enfant

NOM du médecin traitant :  :

SANTE

Enfant en situation de handicap OUI NON

Allergies Alimentaire oui non | Asthme oui non | Médicamenteuses oui non
 Autres _____

• Cause et conduite à tenir :

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**).

Si nécessaire, autorisez-vous la MJC/Centre Social des Romains à donner à votre enfant des granules d'homéopathie d'Arnica ou de l'Apis Mellifica OUI NON

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

REPAS SPECIAUX

P.A.I.* Végétarien (sans viande, sans poisson) Sans viande

Ces informations sont à titre indicatif pour l'équipe d'animation. Aucun repas de substitution ne sera fourni.

* Joindre obligatoirement document médical.

T.S.V.P. 

RECOMMANDATIONS UTILES

Difficultés de santé particulières (maladie, accident, crises convulsives...)	Recommandations et précautions
.....

Date du dernier rappel de vaccination (fournir la copie de la page des vaccins du carnet de santé à jour) :

OBLIGATOIRE	D.T. POLIO.	
OBLIGATOIRE pour les enfants nés à partir de 2018	R.O.R.	
	Hépatite B	
	Coqueluche	
	Méningocoque C	
	Haemophilus influenzae B	
	Pneumocoque	
Recommandés	B.C.G.	
	Autres (à préciser)	

Maladies	Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

AUTORISATION PARENTALE

- Mon enfant peut rentrer SEUL à la fin de la séance du centre de loisirs : OUI NON

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

Je m'engage à indiquer toute contre-indication, médicale ou autre, pour la pratique d'une activité.

Je m'engage à signaler tout changement relatif à la santé de mon enfant, (coordonnées, téléphone, adresse...).

J'ai bien reçu en main propre le règlement intérieur de l'accueil de loisirs et en accepte les termes.

Fait à Annecy le :

SIGNATURE précédée de la mention « *lu et approuvé* »