

VOS ENFANTS

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  F  M  
 Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  F  M  
 Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  F  M  
 Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  F  M

RESPONSABLE LÉGAL(E) DE L'ENFANT

Père  Mère  Tuteur  
 Beau-père  Belle-mère

Père  Mère  Tuteur  
 Beau-père  Belle-mère

Nom et Prénom : ..... Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Mail : .....  
 Tel domicile : .....  
 Tel portable : .....  
 Tel travail : .....  
 Profession : .....

Nom et Prénom : ..... Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Mail : .....  
 Tel domicile : .....  
 Tel portable : .....  
 Tel travail : .....  
 Profession : .....

N° allocataire CAF : .....

Ou n° allocataire MSA : .....

Quotient Familial : .....

Fournir un justificatif de quotient familial ou pour les non-allocataires, votre dernier avis d'imposition.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : .....

PERSONNE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE PENDANT LA JOURNÉE

Nom et Prénom : .....  
 Lien avec l'enfant : .....  
 Tel domicile : ..... Tel portable : .....

DÉCLARATION D'ENGAGEMENT

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et j'em'engage à payer la part des frais d'accueil incombant : frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

J'ai pris connaissance et j'accepte le règlement Accueil de Loisirs 2017-2018

Date et signature:

# FICHE SANITAIRE - ANNÉE 2017-2018

CET TE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

## VOTRE ENFANT

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  F  M

## VACCINATIONS

Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	

Si l'enfant n'a pas ce vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, possibilité de fournir une photocopie.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies : Asthme oui  non  Médicamenteuse oui  non   
Alimentaires oui  non  Autres oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles fournies des parents.

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

Commentaires :

## PERSONNE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE LA JOURNÉE

Nom et Prénom : .....

Tel domicile : ..... Tel portable : .....

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié  Oui  Non  
J'autorise mon enfant à être maquillé  Oui  Non  
J'autorise l'association à diffuser son image :  
- Sur son site internet  Oui  Non  
- Sur sa page Facebook  Oui  Non  
- Dans la presse  Oui  Non

NOM & Prénom du responsable légal : .....

Date et signature: .....

# FICHE SANITAIRE - ANNÉE 2017-2018

CET TE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

## VOTRE ENFANT

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  F  M

## VACCINATIONS

Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	

Si l'enfant n'a pas ce vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, possibilité de fournir une photocopie.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies : Asthme oui  non  Médicamenteuse oui  non   
Alimentaires oui  non  Autres oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles fournies des parents.

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

Commentaires :

## PERSONNE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE LA JOURNÉE

Nom et Prénom : .....

Tel domicile : ..... Tel portable : .....

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié  Oui  Non  
J'autorise mon enfant à être maquillé  Oui  Non  
J'autorise l'association à diffuser son image :  
- Sur son site internet  Oui  Non  
- Sur sa page Facebook  Oui  Non  
- Dans la presse  Oui  Non

NOM & Prénom du responsable légal : .....

Date et signature: .....

# FICHE SANITAIRE - ANNÉE 2017-2018

CET TE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

## VOTRE ENFANT

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  F  M

## VACCINATIONS

Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	

Si l'enfant n'a pas ce vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, possibilité de fournir une photocopie.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies : Asthme oui  non  Médicamenteuse oui  non   
Alimentaires oui  non  Autres oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles fournies des parents.

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

Commentaires :

## PERSONNE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE LA JOURNÉE

Nom et Prénom : .....

Tel domicile : ..... Tel portable : .....

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié  Oui  Non  
J'autorise mon enfant à être maquillé  Oui  Non  
J'autorise l'association à diffuser son image :  
- Sur son site internet  Oui  Non  
- Sur sa page Facebook  Oui  Non  
- Dans la presse  Oui  Non

NOM & Prénom du responsable légal : .....

Date et signature: .....

# FICHE SANITAIRE - ANNÉE 2017-2018

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

## VOTRE ENFANT

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  F  M

## VACCINATIONS

Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	

Si l'enfant n'a pas ce vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, possibilité de fournir une photocopie.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies : Asthme oui  non  Médicamenteuse oui  non   
Alimentaires oui  non  Autres oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles fournies des parents.

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

Commentaires :

## PERSONNE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE LA JOURNÉE

Nom et Prénom : .....

Tel domicile : ..... Tel portable : .....

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié  Oui  Non  
J'autorise mon enfant à être maquillé  Oui  Non  
J'autorise l'association à diffuser son image :  
- Sur son site internet  Oui  Non  
- Sur sa page Facebook  Oui  Non  
- Dans la presse  Oui  Non

NOM & Prénom du responsable légal : .....

Date et signature: .....