

Enfant :

Nom : Prénom : Date de naissance : .../.../..... G.Sanguin :

Responsable(s) de l'enfant

Père : Nom, Prénom : /...../...../..... /...../...../.....

 :@.....

Mère : Nom, Prénom : /...../...../..... /...../...../.....

 :@.....

Adresse :

Nom médecin traitant : /...../...../.....

Formule avec les Repas

- du L 08/07 au V 12/07 (sem :28)
- du L 15/07 au V 19/07 (sem :29)
- du L 22/07 au V 26/07 (sem :30)
- du L 29/07 au V 02/08 (sem :31)

Personnes à prévenir en cas d'absence des parents :

Nom, Prénom : tél : ... / ... /... /.../... Portable : ... / ... /... /.../...

Nom, Prénom : tél : ... / ... /... /.../... Portable : ... / ... /... /.../...

Personnes autorisées à venir chercher mon (mes) enfant(s) (autres que précédemment) :

Nom, Prénom : tél : ... / ... /... /.../... Portable : ... / ... /... /.../...

Nom, Prénom : tél : ... / ... /... /.../... Portable : ... / ... /... /.../...

Sanitaire :

Allergies alimentaires, médicamenteuses ou régimes:

.....

VACCINS : faire des photocopies des vaccins

DT POLIO :/...../.....	R.O.R :/...../.....	B.C.G :/...../.....
TETRACOQ :/...../.....	COQUELUCHE :/...../.....	AUTRES :/...../.....
MENINGITE :/...../.....	AUTRES :/...../.....	AUTRES :/...../.....

Votre enfant est-il asthmatique ? : Oui - Non (rayer la mention inutile)

Votre enfant a-t-il eu des maladies infantiles : si oui lesquelles ? :

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes ou autres ? :

Votre enfant suit-il un traitement si oui lequel ? : (Si votre enfant doit prendre ce traitement durant le centre et nous joindre l'ordonnance médicale) :

Indiquez ici les autres difficultés de santé de votre enfant, en précisant les dates (maladies, accidents, opérations chirurgicales, crises convulsives) :

.....

AUTORISATION PARENTALE :

Je déclare décharger de toutes responsabilités pour tout accident, dégradation d'objets, de vêtements ou de vol à l'équipe d'animation. Je déclare exacte les informations portées sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures concernant l'état de mon enfant.

Je donne l'autorisation de reproduire et de diffuser les photos ou vidéos réalisées de mon enfant :

Par la presse locale : oui - non Sur les supports de communication : oui - non

Signature :