

<b>Enfant :</b>	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>	
Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :	N° CAF :	ou N° MSA	
Nom du médecin de famille :	N° téléphone		
Hôpital :			

**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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Poplio				Autre (préciser)	
Ou Tétracop					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.  
**ATTENTION :** le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication.

**2. Renseignements médicaux concernant l'enfant**

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**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole			Varicelle			Angine			Rhumatisme articulaire aigu			Scarlatine		
Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		non
Coqueluche			Otite			Rougeole			Oreillons					
Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non			

**ALLERGIES :**

ASTHME			MÉDICAMENTEUSES			ALIMENTAIRES			AUTRES		
Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

### 3. Recommandations utiles des parents

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

---

### 4. Responsable de l'enfant

Nom :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour)

Tél.Fixe & Portable : Domicile

Bureau :

➤ **Personnes autorisées à prendre l'enfant :**

Noms et prénoms

Téléphone

➤ **Personnes NON autorisées :**

---

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.
- Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du CLSH
- Autorise le directeur du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Déclare avoir été informé de mon intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes pour mon enfant couvrant les dommages corporels auxquels peuvent l'exposer les activités auxquels il participe.

J'autorise la diffusion (site Internet, journal interne) des photos de mon enfant prises lors des activités du centre de loisirs :

Date

*Lu et approuvé*  
Signature