

**A RETOURNER AU CENTRE D'ACCUEIL EDUCATIF LORS DE LA PREMIERE INSCRIPTION**



① Remplir une fiche par enfant

**ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....  
Né(e) le ..... Age : .....

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui Non	Dates derniers rappels
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Oreillon		
Ou DT polio			Rougeole		
Ou Tétracoq			Coqueluche		
BCG			Autres (préciser)		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication – **Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

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. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

**Allergie :**

▶ Asthme  Oui  Non    ▶ Alimentaire  Oui  Non    ▶ Médicamenteuse  Oui  Non  
▶ Autres ..... Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....

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

.....  
.....

## Recommandations des parents

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

① N'hésitez pas à donner tout complément d'information que vous jugerez utile

Je soussigné, .....  
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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**PARENTS**  
NOM, Prénom .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville ..... Courriel : .....  
☎ Domicile / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
☎ Travail du papa / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☎ Travail de la maman / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
① Portable du papa / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ① Portable de la maman / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RUBRIQUE OBLIGATOIRE

Allocataire  CAF  MSA  Autre (précisez) ..... N°.....  
Profession du père .....  
Profession de la mère .....  
▶ Médecin traitant (nom et téléphone).....

## Demande d'inscription - Autorisation parentale

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur\*, demande à la FOL 70 d'accueillir mon enfant au centre d'accueil éducatif et autorise celui-ci à participer aux activités.

J'autorise :

M. Mme\* ..... Tél : ..... Lien (tante, voisins, amis, nounou,...) .....

M. Mme\* ..... Tél : ..... Lien (tante, voisins, amis, nounou,...) .....

M. Mme\* ..... Tél : ..... Lien (tante, voisins, amis, nounou,...) .....

à venir chercher mon enfant à la sortie du centre d'accueil éducatif.

J'autorise mon enfant à rentrer seul aux horaires de sortie du centre

**Autorisation de publication d'une photographie** : J'autorise le centre d'accueil éducatif à utiliser pour la presse et pour le centre d'accueil éducatif la photographie de mon enfant.

J'autorise l'équipe d'animation à donner de l'arnica en granules ou crème en cas d'incidents bénins.

J'autorise la directrice à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de besoin exceptionnel.

Je m'engage à informer le centre de toutes les modifications des renseignements médicaux concernant l'enfant et à actualiser la présente fiche.

A ....., le.....

Faire précéder la signature de la mention manuscrite  
« Lu et approuvé » Signature,

\* Rayer les mentions inutiles