

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Veillez remplir une fiche par enfant.

Photo de
l'enfant

NOM : Prénom :
Né(e) le : Age :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

NOM, Prénom

Adresse

Code postal : Ville :

N° de téléphone – Domicile :

N° du travail du papa : N° du travail de la maman :

N° de portable du papa : N° de portable de la maman :

Souhaite recevoir les factures par mail : Oui – Non (*rayez la mention inutile*)

Si oui, précisez l'adresse mail :

Allocataire :

CAF :

MSA :

Autre (précisez) :

Profession du père :

Profession de la mère :

Médecin traitant (nom et téléphone) :

INSCRIPTION DE L'ENFANT – AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) père, mère, tuteur*, demande à la Ligue de l'enseignement/FOL70 d'accueillir mon enfant à l'accueil de loisirs éducatifs et autorise celui-ci à participer aux activités.

**rayer les mentions inutiles*

- J'autorise mon enfant à rentrer seul aux horaires de sortie de l'accueil de loisirs éducatifs.
- Autorisation d'une publication d'une photographie : j'autorise l'accueil de loisirs éducatifs à utiliser pour la presse et pour son accueil la photographie de mon enfant.
- Autorisation d'une publication d'une photographie : j'autorise l'accueil de loisirs éducatifs à diffuser des photographies de mon enfant sur la page Facebook de son accueil.
- J'autorise l'équipe pédagogique à donner de l'arnica en granules ou crème en cas d'accidents bénins.
- J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs éducatifs à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de besoin exceptionnel.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs éducatifs à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

FICHE SANITAIRE

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

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

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

Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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.

Allergie(s) :

Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

Précisez :

.....

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

.....

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

.....

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant ; déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs éducatifs à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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