

Enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance : Garçon Fille

Responsables légaux de l'enfant

Père / Parent 1

Nom :
Prénom :
Adresse :

☎ Fixe :
☎ Portable :
☎ Pro :
✉ Mail :

Mère / Parent 2

Nom :
Prénom :
Adresse :

☎ Fixe :
☎ Portable :
☎ Pro :
✉ Mail :

Informations pour facturation

Nom du responsable de l'enfant + N° de sécurité sociale :
Caisse MSA ou CAF + département : Quotient familial :
N° d'allocataire si CAF :
Je soussigné (Nom / Prénom) autorise la personne habilité à accéder
aux informations de la base allocataire CAF ou MSA pour déterminer le coût journée de l'accueil.

Vaccinations de l'enfant (joindre copie des vaccins)

Vaccins	Oui	Non	Vaccins	Oui	Non	Vaccins	Oui	Non	Vaccins	Oui	Non
Haemophilus influenzae B			Méningocoque C			Tétanos			Diphtérie		
Pneumocoque			Poliomyélite			Oreillons			Rougeole		
Hépathite B			Coqueluche			Rubéole					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origines,
(marquées du nom et prénom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

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

Maladies	Oui	Non
Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine		
Coqueluche		

Maladies	Oui	Non
Rubéole		
Varicelle		
Angine		

Maladies	Oui	Non
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

ALLERGIES : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
Alimentaires Oui Non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication et/ou autonomie, le signaler)

.....
.....
.....

Difficultés de santé de l'enfant

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents

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

L'enfant est-il propre: La journée : Oui Non La nuit : Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Régime alimentaire particulier :

Nom et tél. médecin traitant : Dr _____ / _____

Autorisation droit à l'image et autorisation de sortie

Je soussigné _____ en qualité de Père Mère Tuteur
de l'enfant (Nom et prénom) _____

_ autorise le centre socioculturel le Ricochet à diffuser l'image de mon enfant sur ses différents supports de communication (plaquette, site internet, page facebook) Oui Non

_ autorise mon enfant à quitter le centre socioculturel le Ricochet seul à la fin de l'activité et le dégage ainsi de toutes responsabilités (18h Péri-scolaire / 17h30 centre de loisirs) Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autre que les parents)

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Lien</u>
------------	---------------	------------------	-------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Personnes non autorisées à récupérer l'enfant (joindre un justificatif)

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Lien</u>
------------	---------------	------------------	-------------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Déclaration sur l'honneur et autorisation d'intervention

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : _____

Signature : _____

Le : _____ / _____ / 20 _____