

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 habilitée 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		
Hépatite 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 a 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 ____