

**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.

**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 (17h30 centre de loisirs) Oui  Non

## 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)

-----

-----

-----

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

Nom                                      Prénom                                      Téléphone                                      Lien

-----

-----

-----

-----

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

Nom                                      Prénom                                      Téléphone                                      Lien

-----

-----

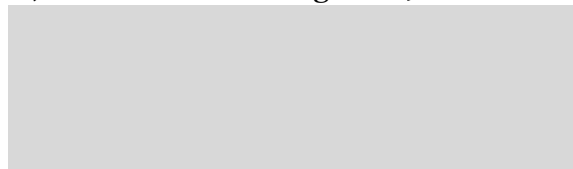
### Déclaration sur l'honneur et autorisation d'intervention

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 .....



*Cette fiche sanitaire doit être renouvelée au plus tard le 15 octobre de l'année suivante*