

Allergies : médicamenteuses  oui  non  
alimentaires  oui  non

asthme  oui  non  
autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

---

---

---

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

**I - Recommandations utiles et recommandations alimentaires :**

( Lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires / régime, contre-indications, religieux )

---

---

---

**II - Responsable légal de l'enfant :**

Je soussigné(e).....  
responsable légal de l'enfant.....  
**déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

**V - Certificat d'examen médical**

Je soussigné(e), Docteur ....., certifie avoir examiné  
M..... domicilié(e) à .....,  
Et  N'avoir décelé aucune affection physique, infectieuse ou mentale incompatible avec  
l'accueil de mineurs.  
 Avoir recherché des signes évocateurs de la tuberculose.  
 Avoir procédé au contrôle des vaccinations obligatoires et recommandées (T. Polio,  
BCG, Hépatite B, ROR)  
 Ne présente aucune contre-indication aux activités physiques et sportives, y compris  
activités physiques intensives.

Indiquer le nombre de cases cochées :

Fait à ....., le .....

**Cachet et signature du médecin**

**Accueil de Loisirs Rebreuve-Ranchicourt & Fresnicourt-le-Dolmen**

**Fiche de renseignements**

**Inscription**

Du 12 au 17 Juillet  Du 19 au 23 Juillet  Du 26 au 30 Juillet

**Renseignements de l'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Nageur :  Oui (fournir le brevet de natation)  Non

Pointure : .....

Nom et prénom de la mère : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

Adresse mail : .....

Situation familiale : .....

Nom et prénom du père : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

Adresse mail : .....

Situation familiale : .....

Personne(s) ayant autorité parentale de l'enfant

Les 2 parents  La mère  Le père

Autre : en qualité de : .....

Tél : .....

# Fiche sanitaire de liaison

N° sécurité sociale protégeant l'enfant : .....

Assurance :      Organisme : .....

Adresse : .....

N° de contrat : .....

Mutuelle :      Organisme : .....

Adresse : .....

N° d'adhérent : .....

N° Allocataire  CAF  MSA : .....

(Fournir une copie de votre attestation d'assurance, de votre carte de sécurité sociale et de votre carte de mutuelle)

## Autorisations et informations complémentaires

Je soussigné(e), .....

Responsable légal de .....

Autorise :

- Mon enfant à rentrer seul à la maison après le fonctionnement du centre
- Mon enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre, que s'il est accompagné de :

Nom - Prénom	Âge	Lien de parenté

- Mon enfant à participer aux activités organisées par le centre de loisirs (transports compris)
- Mon enfant à participer aux mini camps
- Mon enfant à voyager : en voiture individuelle, mini bus ou moyen de transport collectif
- Mon enfant à être filmé ou pris en photo lors de activités et en autorise l'utilisation pour des besoins de communication (site de la ville, film, album photo, presse)
  
- Si exceptionnellement mon enfant devait sortir avant la fin du fonctionnement du centre, je m'engage à fournir une décharge de responsabilité au responsable du séjour.

**Lu et Approuvé, à ....., le .....**

**Signature du responsable légal (précédée de son identité en toutes lettres)**

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.*

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant sinon **joindre une photocopie des vaccinations**)

Vaccins obligatoires	oui		non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (préciser)					
ou Tétracoq											
B.C.G.											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Votre enfant mouille-t-il son lit ?  oui  non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  oui  non

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

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