

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES LORS DE LA PRÉSENCE DE L'ENFANT AUX ACTIVITÉS DU CSC LE PALABRE. ELLE EST SOUMISE AUX RÉGLEMENTATIONS RGPD (VOIR DOSSIER D'INSCRIPTION).
ELLE EST VALABLE 2 ANS ET SERA CONSERVÉE 4 ANS MAXIMUM.**

1 - ENFANT :

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **FILLE** **GARÇON**

CHOIX DU REPAS : Classique Sans viande Sans viande & sans poisson

2 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.)

Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018 seul le DTP est obligatoire, pour les enfants nés après cette date tous les vaccins ayant le signe * sont obligatoires.

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

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

VACCINS	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
*Diphtérie			*Pneumocoques		
*Tétanos			*ROR (Rougeole- Oreillons-Rubéole)		
*Poliomyélite			*Méningocoques C		
*Coqueluche			BCG		
*Haemophilus Influenzae de type B			Autre :		
*Hépatite B			Autre :		

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

A- L'enfant suit-il un traitement médical pendant les horaires du centre de loisirs : 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.

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

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

C- L'enfant a-t-il des allergies :

- x Asthme : oui non ; L'enfant a-t-il un PAI ? oui non
- x Alimentaires : oui non ; L'enfant a-t-il un PAI ? oui non
- x Médicamenteuses : oui non
- x Autres : oui non ; Laquelle ? _____

Quelles sont les causes de l'allergie et la conduite à tenir en cas de crise ? (si automédication, le préciser)

D - Difficultés de santé de l'enfant :

Indiquez ci-après si l'enfant à des difficultés de santé (maladie, hospitalisation, opérations, crises convulsives, rééducation) qui nécessitent des précautions à prendre lors des activités des centres de loisirs.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires Etc.
Avez-vous des informations que vous souhaitez nous communiquer sur votre enfant ?

Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

5 - COORDONNÉES DES PERSONNES A CONTACTER :

1 → **Nom Prénom :** _____ Informations + Urgences Urgences seulement
Numéro de portable : _____ Numéro tél fixe ou bureau : _____

2 → **Nom Prénom :** _____ Informations + Urgences Urgences seulement
Numéro de portable : _____ Numéro tél fixe ou bureau : _____

3 → **Nom Prénom :** _____ Informations + Urgences Urgences seulement
Numéro de portable : _____ Numéro tél fixe ou bureau : _____

6 - PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents) :

NOM PRENOM	NUMERO DE TEL	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, _____ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

CADRE RESERVÉ :

