

**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 REGLEMENTATIONS 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

**DROIT À L'IMAGE (pour usage non commercial) :**  Oui  Non / **AUTORISATION RENTRER SEUL (à partir de 10 ans) :**  Oui  Non

### 2 - VACCINATIONS :

( Une copie doit nous être fournie pour le dossier, les vaccins sont à reporter dans le tableau )  
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			*Méningocoques C		
*Poliomyélite			*ROR ( Rougeole- Oreillons-Rubéole )		
*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 :

(\* PAI = Projet d'accueil individualisé)

- 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. ?  
Votre enfant est-il suivi par un professionnel de santé ? ( orthophoniste, CAMPS...etc.)  
Avez-vous des informations que vous souhaitez nous communiquer sur votre enfant ?

---

---

---

---

---

**5 - COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER ( parents compris ) :**

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 :**

---

---

---

---

---