

**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
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

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

(* PAI = Projet d'accueil individualisé)

- × Asthme : ☐ oui ☐ non ; L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ oui ☐ non
- × Alimentaires : ☐ oui ☐ non ; L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ oui ☐ non
- × Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non
- × 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, IME, Hôpital de jour, CMPP...etc.)
Avez-vous des informations que vous souhaitez nous communiquer sur votre enfant ?

Mon enfant bénéficie d'une aide AEEH : ☐ Oui ☐ Non (Si oui, merci de nous fournir un justificatif)
(allocation d'éducation de l'enfant handicapé versée par la CAF)

Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

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 :
