

**ENFANT**

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Garçon  Fille   
Taille : ..... cm  
Numéro Sécurité Sociale : .....

**RESPONSABLES DE L'ENFANT**

**Père (titulaire de l'autorité parentale) :**

Nom et Prénom : .....  
Téléphone fixe : .....  
Téléphone portable : .....  
Téléphone travail : .....  
Adresse du domicile : .....  
.....  
.....  
Mail : .....

**Mère (titulaire de l'autorité parentale) :**

Nom et Prénom : .....  
Téléphone fixe : .....  
Téléphone portable : .....  
Téléphone travail : .....  
Adresse du domicile : .....  
.....  
.....  
Mail : .....

En cas de garde alternée, merci de préciser le nom du parent responsable au moment du séjour :

.....

*En cas de décision de justice, concernant la garde ou l'autorité parentale, merci de fournir le jugement.*

**Famille d'accueil / Foyer ou autre organisme accueillant les enfants :**

Organisme : .....  
Nom et Prénom de la personne responsable : .....  
Téléphone fixe : .....Téléphone portable : .....  
Adresse : .....  
Mail .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

**VACCINATIONS Joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie de TOUTES les vaccinations du carnet de santé**

Date du dernier DTP Polio : .....

Date du prochain rappel : .....

**SI L'ENFANT A UN TRAITEMENT MEDICAL :**

Prévenir l'équipe d'animation et lui donner l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant et contenant la notice).

**Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

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

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui									
Non									

## ALLERGIES

Votre enfant présente-t-il des allergies ?

Asthme  alimentaire  Médicamenteuse  autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir en cas de crise :

.....  
.....  
.....

**DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Précisez les dates et précautions à prendre : .....

.....  
.....

Votre enfant a-t-il un PAI ? Non  Oui  *(Si Oui, merci de nous en fournir une copie avec le nécessaire médical)*

Votre enfant a-t-il une prise en charge AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ?

Non  Oui

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires : .....

.....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

.....

## REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien...) Non  Oui

si oui, précisez : .....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'enfant.

Date .....

Signature :