

L'enfant :

NOM :

Prénom :

sexe : ☐ fille ☐ garçon

Date de naissance :/...../.....

Responsables légaux de l'enfant :

	père	mère
NOM		
Prénom		
Adresse		
CP		
VILLE		
téléphone personnel		
téléphone pro		
mail de contact		

Régime allocataire :

☐ CAF ☐ MSA

N° allocataire :

Autorisation :

Votre enfant peut partir seul de l'accueil de loisirs :

oui ☐ non ☐

Si non, liste des personnes autorisées à venir chercher votre enfant :

NOM / Prénom	lien avec l'enfant	coordonnées téléphonique

Merci de prévenir la mairie en cas de changement.

J'autorise l'utilisation des photos, vidéos, sons de mon enfant pour le site internet, groupe facebook privé (sur demande d'accès par les familles), articles de presse ...

☐ oui j'accepte

☐ non je refuse

Vaccinations

se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations

joindre la copie du carnet de vaccination :

vaccins obligatoires (pour tous)	oui	non	date dernier rappel	vaccins obligatoires (enf né après 2018)	oui	non	date dernier rappel
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Haemophilus			
Poliomyélite				Hépatite B			
				Pneumocoque			
				Méningocoque C			
				Rougeole, oreillons et rubéole			

Si votre enfant suit un traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine + notice, marqué au nom de l'enfant).

 aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

NOM du médecin traitant :

téléphone médecin traitant :

Infos liées à l'enfant :

taille : poids :

L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

alimentaires : oui ☐ non ☐

médicaments : oui ☐ non ☐

autres : oui ☐ non ☐

Précisez l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Votre enfant est-il en situation de handicap ?

oui ☐ non ☐

En cas de trouble de santé ou handicap, un entretien avec l'équipe de direction de l'accueil de loisirs est à prévoir pour la mise en place d'un projet d'accueil individualisé.

En cas de versement par la CAF de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) merci de fournir l'attestation correspondante.

Autres recommandations des parents ou informations concernant l'enfant :

(port de lunettes, lentilles, appareils dentaire ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, situation familiale complexe...)

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

Fait le :/...../.....

Signature du ou des parents :