

J'autorise le responsable du centre de loisirs ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Assurance (joindre justificatif) : N° de police :

■ **MÉDECIN TRAITANT**

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Commune : Téléphone : _____

■ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination) (joindre justificatif)

| Vaccins obligatoires | Dates vaccins | | | Date 1 ^{er} rappel | Date 2 ^{ème} rappel |
|---------------------------------------|---------------|--|--|-----------------------------|------------------------------|
| Diphtérie / Tétanos (jusqu'à 18 mois) | | | | | |
| Poliomyélite (rappel jusqu'à 13 ans) | | | | | |

■ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui * Non

* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.

■ **SANTE**

Votre enfant est-il : Asthmatique ? Oui Non

Allergique ? Oui Non

Si oui, s'agit-il d'une allergie médicamenteuse ? Oui Non

d'une allergie alimentaire ? Oui Non

Autres :

Existe-t-il un P.A.I. à l'école ? Oui Non

Si oui, j'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre connaissance du PAI établi avec l'école Oui Non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Si votre enfant est en situation de handicap Oui Non

→ Si oui, une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil.

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.

.....

Je reconnais avoir pris connaissance du projet pédagogique, du règlement intérieur ainsi que la tarification en cours et autorise que mon enfant participe à toutes les activités, y compris les baignades et les sorties organisées par le centre de loisirs.

■ **Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.**

Fait à : Date : Signature :

CADRE RESERVE AU CENTRE DE LOISIRS

Quotient familial :

Autres aides :

Autres remarques :