



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 copie)**

Vaccins obligatoires	Dates vaccins			Date 1 <sup>er</sup> rappel	Date 2 <sup>ème</sup> 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 donné 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, transmettre à la Directrice du centre de loisirs le PAI. J'autorise par ailleurs la responsable du centre de loisirs à prendre également connaissance du PAI établi avec l'école  Oui  Non

**PRÉCISEZ EN LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR :**

.....  
.....

**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 et de la tarification en cours. J'autorise mon enfant à participer 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 : .....