

ETAT CIVIL DU PARTICIPANT

NOM:		PRENOM:		Sexe:
Date de naissance:		Age:		Classe:
Adresse:				
Code Postal:			Ville:	
Taille:	Poids:		Pointure:	
L'enfant sait-il nager:	Oui	Non		

RESPONSABLE LEGAL DU PARTICIPANT

PÈRE
 MERE
 PÈRE ET MERE
 TUTEUR

Numéro de sécurité sociale:

PÈRE

MERE/TUTEUR

Nom:		Nom:	
Prénom:		Prénom:	
Adresse:		Adresse:	
Code postal:	Ville:	Code postal:	Ville:
Profession:		Profession:	
Tél domicile:		Tél domicile:	
Tél travail:		Tél travail:	
Tél Portable:		Tél Portable:	
email:		email:	

MEDECIN DU PARTICIPANT

Nom: Téléphone:

Je soussigné(e) Mme, M _____ agissant en qualité de responsable légal de l'enfant _____ autorise mon fils, ma fille, après avis médical, à participer à toutes les activités organisées par le Centre d'Animation Intercommunale et autorise le directeur, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident à prendre toutes mesures d'urgences, tant médicales que chirurgicales y compris l'hospitalisation dans un établissement public.

I J'AUTORISE I - I JE N'AUTORISE PAS I (1) mon enfant mineur, à quitter seul le centre d'animation, et décharge le personnel de toute responsabilité après son départ. J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement.

I J'AUTORISE I - I JE N'AUTORISE PAS I (1) le centre d'animation intercommunal à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises dans le cadre du fonctionnement du centre pour illustrer les activités du centre.

(1) rayer les mentions inutiles

(2) Faire précéder de la mention "lu et approuvé"

la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant

Fait à:

Le:

Nom et signature:
du responsable légal
du participant (2)

FICHE SANITAIRE 2023

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie					
tétanos					
Poliomyélite					
ou DT polio					
ou Tétra coq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION
ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la période de vacances? **oui** **non**

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

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE	OREILLONS
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON

OTITE	ROUGEOLLE	COQUELUCHE
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON

(rayer la mention inutile)

ALLERGIES:

ASTHME	oui - non
ALIMENTAIRES	oui - non

MEDICAMENTEUSES	oui - non
AUTRES.....	

PRECISEZ LES CAUSES D'ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES:

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, OPERATION) ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (LUNETTES, LENTILLES, APPAREILS DENTAIRES ou AUDITIF...)

.....

