

**NOM / PRENOM** de l'enfant

**Données obligatoires : Vaccinations-antécédents médicaux/chirurgicaux-pathologies-traitements.**

Conservation : 3 ans. Finalités : prise en compte des habitudes et problèmes sanitaires des enfants. Transfert des informations si prise en charge par les services d'urgence. Accès : salariés de l'association/corps médical.

**Le signataire peut accéder, modifier ou demander la destruction des données à tout moment.**

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	ATTENTION Si votre enfant N'a pas les vaccins obligatoires : FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.
DT Polio / coqueluche Haemophilus influenzae Hépatite B		Hépatite B		
		Rubéole-Oreillons-Rougeole		
		BCG		
		Infection pneumocoque		

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### TRAITEMENTS MEDICAUX

ATTENTION Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance. **En cas de traitement, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants** dans l'emballage d'origine, avec notice, dans contenant fermé marqué au nom de l'enfant

OUI -  NON - Préciser la nature du/des traitement(s) :

MALADIES - cocher les maladies que votre enfant a déjà contracté	AUTRES DIFFICULTES DE SANTE
--	-----------------------------

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Méningite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Hépatite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre :		

ALLERGIES	Préciser cause et conduite à tenir
-----------	------------------------------------

Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Gel hydroalcoolique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autre, précisez		

## AUTRES RENSEIGNEMENTS :

L'enfant mouille-t-il son lit ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Occasionnellement	<b>AUTRES RECOMMANDATIONS</b> - Lunettes lentilles prothèses auditives dentaires... Indiquer toute information que vous jugez utile de transmettre aux équipes
L'enfant sait-il nager ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## AUTORISATION PARENTALE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant  
 déclare exacts les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
 Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Visa des parents attestant qu'aucun élément n'est à modifier sur la fiche après 1 an :**

2023-2024 SIGNATURE	2024-2025 SIGNATURE	2025-2026 SIGNATURE
------------------------	------------------------	------------------------



# AUTORISATION PARENTALE

Document obligatoire. Tous les renseignements contenus dans cette fiche restent confidentiels.

**ENFANT**

**NOM :**

**Prénom :**

**Age :**

Garçon -  Fille

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

## RESPONSABLE LEGAL

**NOM :**

**Prénom :**

**ADRESSE**

**Numéro :**

**Rue / lieu-dit :**

**Code postal :**

**Commune :**

**N° de sécurité sociale (obligatoire):**

**Régime allocataire (caf ou msa) :**

**N° allocataire (obligatoire) ::**

**Responsabilité civile (obligatoire) :** Nom de l'assureur :

Numéro de police :

## CONTACTS FAMILLE

	PARENT 1	PARENT 2
<b>NOM / PRENOM</b>		
<b>Téléphone domicile</b>		
<b>Téléphone portable</b>		
<b>Téléphone travail</b>		
<b>Mail</b>		

## DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, autorise mon enfant

- à participer aux activités organisées par le centre social EVEIL.
- à être transporté dans les véhicules du centre Social ou par un transporteur (car, bateau...) selon les activités

## AUTORISATION DE SORTIE

- J'autorise le directeur à laisser mon enfant partir seul à la fin de l'activité :  OUI -  NON

**IMPORTANT : le directeur et les animateurs ne confieront l'enfant qu'aux personnes inscrites ci-dessous.**

**En cas d'autorisation exceptionnelle, merci de nous en informer par écrit.**

- J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre à partir de 17h ou en cas de nécessité :
- S'il y a lieu, indiquez les personnes non autorisées à récupérer votre enfant :

## DROIT A L'IMAGE

- J'autorise le centre social à utiliser des photos de mon enfant en activité :  OUI  NON
- J'autorise leur utilisation par le centre social pour :
  - Brochures/plaquettes -  Exposition -  Presse -  Site Internet -  Réseaux sociaux

**Le centre social décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de dégradation d'objets personnels. Mon enfant veillera à ne pas apporter d'objets dangereux ou de valeur.**

Fait à :

Le :

**Signature :**