

Maternelle Petite Section 3 ans <input type="checkbox"/>	Maternelle Moyenne & Gde Section 4 / 5 ans <input type="checkbox"/>	CP / CE1 6 / 7 ans <input type="checkbox"/>	CE2 / CM1 / CM2 8 / 10 ans <input type="checkbox"/>	11 / 13 ans <input type="checkbox"/>	14 / 17 ans <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	--	--

VOTRE ENFANT

NOM : Prénom :
Date de naissance : Lieu naissance : Sexe : M F

LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :
Adresse :
Tel : Portable :
n° de sécurité sociale : Mutuelle : n°:

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM - Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Autorisée à récupérer l'enfant

NOM du médecin traitant :  :

SANTE

Enfant en situation de handicap OUI NON

Bénéficiaire de l'A.E.E.H (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) OUI NON

Allergies Alimentaire oui non | Asthme oui non | Médicamenteuses oui non
Autres _____

• Cause et conduite à tenir :
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

SI oui joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Si nécessaire, autorisez-vous la MJC/Centre Social des Romains à donner à votre enfant des granules d'homéopathie d'Arnica ou de l'Apis Mellifica OUI NON

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

REPAS SPECIAUX

P.A.I.* Végétarien (sans viande, sans poisson) Sans viande

Ces informations sont à titre indicatif pour l'équipe d'animation. Aucun repas de substitution ne sera fourni.
* Joindre obligatoirement document médical.

T.S.V.P. 

RECOMMANDATIONS UTILES (1)

Difficultés de santé particulières (Maladie, comportement, accident, crises convulsives, ...)	Recommandations / Précautions / Suivis
.....
.....
.....
.....
.....

Date du dernier rappel de vaccination (fournir la copie de la page des vaccins du carnet de santé à jour) :

OBLIGATOIRE	D.T. POLIO.	
OBLIGATOIRE pour les enfants nés à partir de 2018	R.O.R.	
	Hépatite B	
	Coqueluche	
	Méningocoque C	
	Haemophilus influenzae B	
	Pneumocoque	
Recommandés	B.C.G.	
	Autres (à préciser)	

Maladies	Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

AUTORISATION PARENTALE

- **Mon enfant peut rentrer SEUL à la fin de la séance du centre de loisirs : OUI NON**

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je m'engage à indiquer toute contre-indication, médicale ou autre, pour la pratique d'une activité.

(1) Je m'engage à signaler si mon enfant est suivi par un ou des spécialistes de santé, et ce dans l'intérêt et la sécurité de l'enfant, ainsi que du collectif.

Je m'engage à signaler tout changement de coordonnées (téléphone, adresse, mail...).

Le règlement intérieur de l'accueil de loisirs est consultable sur le site internet du forum : www.forumdesromains.org

Fait à Annecy le : **SIGNATURE** précédée de la mention « **lu et approuvé** »