



Nom et prénom de l'enfant..... Sexe F M

Adresse..... Commune.....

Date de naissance..... Age.....

Etablissement scolaire..... Classe.....

Responsable de l'enfant à prévenir en cas d'urgence en priorité :

Nom, prénom.....

Adresse et téléphone.....

Nom et téléphone du médecin traitant (souhaité).....

Coordonnées	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Responsable légal 3
	lien de parenté.....	lien de parenté.....	lien de parenté.....
Nom-Prénom			
Adresse (si différ. de l'enfant)			
Code postal			
Commune			
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Téléphone professionnel			
Mail			
Profession			

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant

Interdit	Autorisé	Nom-Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

N° allocataire CAF..... QF

N° allocataire MSA..... QF.....

Autres régimes

☺ Carte d'adhésion au Centre Social (date de validité)

☺ Activités à facturer : au responsable légal 1 au responsable légal 2 au responsable légal 3

à un autre organisme (précisez nom et adresse).....

.....

Remplir le verso SVP (nécessaire en cas d'hospitalisation)

Nom et Prénom de l'enfant.....

1 – VACCINATIONS (merci de remplir la partie ci-dessous au lieu de fournir des photocopies)

Vaccination obligatoire	Dernier rappel le	Autres vaccins	Dernier rappel le
Diphtérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Tuberculose <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Hépatite B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Poliomyélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		R.O.R. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu déjà les maladies suivantes :

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

L'enfant a-t-il ?

un régime particulier..... une allergie alimentaire.....
 une allergie médicamenteuse..... autre allergie.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....
.....
.....

3 – RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... (précisez) ?

.....
.....

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné.....

responsable de (nom, prénom).....

- donne l'autorisation aux responsables de l'animation de transporter ou faire transporter mon enfant, pour d'éventuelles sorties ;
- de prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé des enfants.
- autorise n'autorise pas mon enfant à rentrer seul (e) le soir après l'activité
- autorise n'autorise pas mon enfant à se baigner
- autorise n'autorise pas la diffusion de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités du Centre Social
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- souhaite recevoir les infos du Centre Social par mail infos enfance infos jeunesse autres infos

Date :.....

Signature :

Participer à la construction de projets en tant que parents, ça m'intéresse !

Le Centre Social est une association qui fonctionne avec la participation active d'habitants. Nous recherchons actuellement des bénévoles pour le secteur enfance. Il s'agit de participer, de donner votre idée, d'apporter votre avis lors de rencontres qui se déroulent environ une fois toutes les 6 semaines, d'octobre à juin (soit 6 à 7 rencontres par an).

Merci de nous retourner le coupon ci-dessous si cela vous intéresse, vous pouvez bien évidemment en parler avec l'équipe d'animation.

Mme / M.....

- Est intéressé(e) pour participer aux rencontres du secteur enfance
- Souhaite être contacté par courrier électronique :@.....
- Souhaite être contacté par téléphone :/...../...../...../.....



pour le développement des initiatives solidaires