

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom.....Lien.....Tél.....

Nom.....Lien.....Tél.....

Personnes autorisées à chercher l'enfant

Nom.....Lien.....Tél.....

Nom.....Lien.....Tél.....

VACCINATIONS joindre obligatoirement une copie des vaccins.

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <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	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MEDICAMENTEUSE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---	--

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE SITUATIONS ALLERGIQUES (si automédication, le signaler)

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE ? (Maladie, accidents, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation.)

OUI NON Si oui, lesquels ?

L'enfant a-t-il un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) à l'école ? OUI NON

Votre enfant porte-t-il des : LENTILLES LUNETTES PROTHÈSES AUDITIVES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE

Je soussigné (e) :
responsable de l'enfant

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence seule habilités à définir l'hôpital de secteur,
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles,
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- Autorise mon enfant à être transporté en véhicule de service et car de location OUI NON
- Autorise mon enfant à rentrer seul OUI NON
- Autorise la prise de photo/vidéos de mon enfant et accepte qu'elles soient éventuellement diffusées dans les supports de communication du Créa (imprimés, Facebook et blog du Créa) OUI NON
- Afin d'être en conformité avec le règlement Général sur la Protection des Données, j'autorise le Créa à saisir mes informations personnelles et les informations médicales de mon enfant OUI NON

Date:

Signature: