



## Autres personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à chercher l'enfant

Nom.....Lien.....Tél.....

Nom.....Lien.....Tél.....

Nom.....Lien.....Tél.....

**VACCINATIONS** joindre obligatoirement une copie des vaccins.

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

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

### L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ALIMENTAIRE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>MEDICAMENTEUSE</b> <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 transporter en véhicule de service et car de location  OUI  NON
- Autorise mon enfant à rentrer seul  OUI  NON
- Autorise la prise de photo et accepte que les photos de mon enfant soient éventuellement diffusées dans les tracts de communication du créa et sur notre blog <http://leblogdes enfants.wordpress.com>  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 (qui sont confidentielles)  OUI  NON
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et accepte les modalités de fonctionnement y figurant  OUI  NON

Date:

Signature: