



**Nom de l'enfant :** .....  
**Prénom de l'enfant :** .....  
**Sexe :** .....  
**Date de naissance :** .....  
**Autorisation de transport en véhicule:** .....  
**Autorisation de rentrer seul :** .....  
**Droit à l'image :** .....  
**Nage t-il :** ..... Brevet Nat. : .....

**Est-il assuré :** ..... **Assureur :** .....  
**N° Contrat :** ..... **Début :** ..... **Fin :** .....

**Médecin traitant :** .....  
**Lieu d'hospitalisation :** .....

**Type de repas :** .....  
**Allergie repas:** .....

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**N° allocataire CAF :** .....  
**N° MSA :** .....  
**Quotient 1 :** .....

**Parent 1 : Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Email :** .....  
**Adresse :** .....  
**Tél. Domicile :** ..... **Tél. Professionnel :** ..... **Portable :** .....  
**Employeur :** .....

**Parent 2 : Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Email :** .....  
**Ville :** .....  
**Tél. Domicile :** ..... **Tél. Professionnel :** ..... **Portable :** .....  
**Employeur :** .....

**Observations :** .....

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés  
 ci-dessus, avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.  
 J'autorise le gestionnaire à consulter l'applicatif Cdap de la Caf pour la détermination du tarif applicable.  
 Fait à ..... le : ...../...../..... Signature

**Accueil de loisirs intercommunal**  
**Vallée de la Jordanne**  
**Fiche sanitaire**

**Enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse :

fille  garçon      Date de naissance :

**I - Vaccinations :**

Joindre obligatoirement un justificatif des vaccins (photocopie du carnet de santé et du carnet de vaccination, attestation du médecin traitant).

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Note : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non  
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Oreillons</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
--	---	---	--	--

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

<b>Migraine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Asthme</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	---	--	--	---

P. A. I (Protocole d'Accueil Individualisé) :  OUI  NON  
Si oui joindre une copie

Allergies : médicamenteuses  oui  non  
                  alimentaires  oui  non

autres : .....

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : Date :