



FICHE DE RENSEIGNEMENT ACCUEIL DE LOISIRS
2018
LES MONTILS-CANDE SUR BEUVRON-MONTHOU SUR BIEVRE

ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Age :
Classes et écoles fréquentées :

FAMILLE

Nom et prénom du père :
Adresse : commune :
Téléphone : Portable :
E mail :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
..... Téléphone :

Nom et prénom de la mère :
Adresse : commune :
Téléphone : Portable :
E mail :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
..... Téléphone :

Etes-vous allocataires CAF ou MSA ?.....
Numéro allocataire :
Quotient familial :

ASSURANCE

Je soussigné(e),..... déclare avoir une assurance de responsabilité civile pour mon enfant (N° police organisme.....)

Personnes à contacter en cas d'absence :

Nom :
Téléphone :
Adresse :

FICHE SANITAIRE à remplir au verso

Fait à, le

Signature :



FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DU JEUNE. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

RAPPEL : lors des séjours, si traitement médical, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

1- **LES VACCINS** : fournir une photocopie des vaccins à jour

2- **LES ALLERGIES**

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

Préciser la conduite à tenir et signaler si traitement

.....
.....

3- **LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, crises convulsives, opération..... Et les précautions à prendre) :

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

4- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (lentilles, prothèses auditives, dentaires...)

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

5- **MEDICAL**

Médecin famille (nom, adresse, téléphone).....

.....

En cas d'hospitalisation nécessaire, je souhaite que mon enfant soit conduit, dans la mesure du possible

à l'hôpital à la clinique

Personne(s) à prévenir en cas d'accident (autre que les parents)

.....
.....

6- **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné(e),, 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.

Date :

Signature des parents :

