

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

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier nécessitant la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), y a-t-il des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui non

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. DROIT A L'IMAGE / ACTIVITES

J'autorise / je n'autorise⁽¹⁾ pas l'Accueil de Loisirs à diffuser les photographies, prises durant les activités, sur lesquelles figure mon enfant, autorisation valable :

- Pour l'édition de documents pédagogiques
- Pour des expositions relatives à l'accueil de loisirs
- Pour les journaux d'informations locales
- Pour la publication sur le site internet de l'Association

J'autorise / je n'autorise pas mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs (sorties à pied, à vélo, en minibus, en voiture individuelle, ou en car), à participer aux activités aquatiques et à se baigner.

(NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la Poliomyélite)

⁽¹⁾Rayer la mention inutile

5. PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT APRES L'ACCUEIL DE LOISIRS

NOM
PRENOM
TEL.

6. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM
PRENOM
TEL.

7. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM
PRENOM
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

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

TEL. DOMICILE
TEL. TRAVAIL
TEL. PORTABLE

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT
.....

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état
de santé du mineur.

Date et signature :