

Centre Aéré du Moulin de la Haie 2018

RENSEIGNEMENTS

NOM DE L'ENFANT :

Sexe : H / F (*entourer la mention*)

Date naissance : __/__/__

Numéro d'inscription :

PRENOM :

Lieu de naissance :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

PRENOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse mail :@.....

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Téléphone 3 :

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

- Autorise mon enfant à quitter seul le centre ou la garderie : oui / non (*entourer la mention*)

Si non : mon enfant attendra au centre. Les personnes autorisées à venir le chercher sont :

.....

- Autorise le personnel d'encadrement du centre de loisirs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident ou de problèmes graves toutes mesures (soins par un médecin, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas d'accident, l'enfant sera transporté par les pompiers au centre hospitalier de Vitré.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées (jeux, ..., piscine) au centre aéré.
- Accepte que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités du centre de loisirs et que ces photos puissent être exploitées dans le cadre des moyens de communication utilisés par l'association (journal local, site internet).
- Autorise le personnel d'encadrement à utiliser de la Biafine, de l'arnica, du shampoing anti-poux.

Fait à :

Date :

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel : cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur, elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendu à la fin du séjour.

1- Vaccination

Nom du vaccin	Date du dernier rappel

2- Renseignements concernant le mineur :

Poids : Taille : Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? (*Entourer la mention*) Oui / Non *
(Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments dans leurs boîtes d'origines marqués au nom de l'enfant avec la notice → *Aucun médicament ne pourra être administrés sans ordonnance*).

L'enfant a-t-il déjà eu des allergies et/ou les maladies suivantes ? (Rayer la mention inutile)

Asthme : **Oui / Non**

Médicamenteuse : **Oui / Non**

Alimentaire : **Oui / Non**

Autres : **Oui / Non**

Si oui : joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la

Oui

Non

transmission d'information médicales (sous pli cachetée) des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

3- Recommandation utile des parents

Port de lunettes, de lentilles, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, troubles du sommeil... :

.....
.....

4- Médecin traitant :

NOM :

Téléphone :

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

Date :

Le responsable légal