

IMPORTANT : RENSEIGNER UNE FICHE PAR ENFANT

ENFANT CONCERNE

Nom : Prénom :
Sexe : féminin masculin Date de naissance :/...../.....

Il est également demandé de fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant soit clairement mentionné.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies ou intolérances :

asthme alimentaire (préciser) : médicamenteuse (préciser) : autres : (préciser) :

Si oui, préciser la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....
.....

Protocole d'accueil individualisé

Un p.a.i (protocole d'accueil individualisé) a été mis en place après concertation avec le médecin traitant, le responsable de site, l'allergologue, le médecin scolaire : oui non

Si oui, dans quel cadre :

Restauration collective (repas et goûters) Pratique de certaines activités
 Au quotidien Autres :

Merci de joindre le protocole d'accueil et toutes les informations utiles

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Nous vous remercions de bien vouloir indiquer ci-après, les particularités alimentaires, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ou recommandations utiles (comportement de l'enfant, difficultés de sommeil) en précisant les précautions à prendre :

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Au besoin, merci de prévoir un étui au nom de l'enfant oui non
 Votre enfant porte-t-il des lentilles ? oui non
 Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives ? oui non
 Votre enfant porte-t-il des protections auditives (type « bouchons ») ? oui non
 Votre enfant porte-t-il des prothèses ou appareil dentaire ? oui non



RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :

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

AUTORISATION DU/DES RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Parent ou représentant(e) 1

Madame..... Monsieur..... Personne morale

Autorité parentale sur l(es)'enfant(s) ci-dessus

Nom :

Prénom :

Tél. du domicile :

Tél. portable :

Parent ou représentant(e) 2

Madame..... Monsieur..... Personne morale

Autorité parentale sur l(es)'enfant(s) ci-dessus

Nom :

Prénom :

Tél. du domicile :

Tél. portable :

Je certifie / nous certifions déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise/autorisons l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ; ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à établir un diagnostic.

Parent ou représentant(e) 1

A, le

signature

Parent ou représentant(e) 2

A, le

signature

DOSSIER A RETOURNER AU PÉRISCOLAIRE OU AU CENTRE DE LOISIRS PAR MAIL OU PAR COURRIER

Document issu de l'original CERFA, modifié et adapté pour les besoins du service enfance/jeunesse CCTIV

