

1- L'ENFANT :

NOM : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : VILLE :
 Date de naissance : Age :ans Sexe : M - F
 Taille :m..... Poids : kg Pointure :

2- LES INFORMATIONS MEDICALES

Les vaccinations à jour sont obligatoires. Merci de joindre impérativement les copies du carnet de santé de votre enfant ou un certificat médical datant de moins de 3 mois.

L'enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? Oui Non

Autres vaccinations (précisez SVP) :

L'enfant est-il allergique ?

- à un médicament OUI - NON si oui, lequel :
- à un aliment* OUI - NON si oui, lequel :
- à autre chose OUI - NON si oui, quoi :

Régime alimentaire

- Régime sans viande : OUI - NON / Régime sans porc : OUI - NON
- Autre régime* :

***Seules les allergies alimentaires accompagnées d'un certificat médical et d'un PAI pourront être prises en compte.**

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires ?

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI - NON

Autres renseignements ou recommandations importantes : (sommeil, phobies,...)

3 – LES MALADIES

L'enfant est-il sujet à : des maladies chroniques

Angine : OUI - NON **Asthme :** OUI - NON **Rhumatisme :** OUI - NON

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON				

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. **Joindre obligatoirement l'ordonnance originale** ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice)

Indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, opération...) avec les dates et précautions à prendre :

Nom et coordonnées du médecin traitant :
 Tél ☎ :

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Adresse :
 N° de téléphone : N° de portable :
 Email :
 N° de sécurité sociale : Centre payeur :

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ? OUI - NON
 (Si oui, veuillez joindre impérativement l'attestation).

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et individuelle corporelle accident

ASSURANCE : Compagnie : N° de police :

Je soussigné, père mère tuteur, responsable légal du participant déclare :
 Avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et de séjour, autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre, autoriser les responsables du séjour à prendre les dispositions nécessaires concernant la santé de mon enfant et en cas d'accident. Les frais médicaux, de transport, et d'hospitalisation seront à ma charge.

Date et signature :

5 – DROIT A L'IMAGE

Sauf refus de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de l'association et de l'école.

6- ATTESTATION DE SEJOUR

Cochez la case ci-contre en cas de demande d'attestation de séjour (si votre comité d'entreprise, association...vous accorde un remboursement des frais de séjour).