

Section :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F M

(*) Cocher la case correspondante

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Haemophilus	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Poliomyélite Rubéole- Oreillons-	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rougeole	<input type="text"/>
				Pneumocoque	<input type="text"/>
				BCG	<input type="text"/>

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT : Votre enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole Otite Rhumatisme articulaire aigu
 Coqueluche Angine Oreillons
 Varicelle Rougeole Scarlatine

3 - ALLERGIES

Alimentaire Médicamenteuse Asthme Autre

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers Oui Non (traitement en cours, contre-indications, régime alimentaire...)

Précisez :

Recommandation utile des parents l'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses...)

4 - RESPONSABLES DE L'ENFANT et MEDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM : PORTABLE : TEL TRAVAIL :

NOM : PRÉNOM : PORTABLE : TEL TRAVAIL :

ADRESSE : TEL DOMICILE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

5 - AUTORISATIONS PARENTALES (valable du 1er septembre 2020 au 31 août 2021)

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant ,

- Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
 J'autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires selon l'état de mon enfant.
 Accepte que mon enfant participe aux sorties organisées dans le cadre du fonctionnement de l'ACM et de l'Espace Jeunes et à utiliser les moyens de transports en commun (minibus, train, bus, car, bateau)
 UNIQUEMENT POUR L'ESPACE JEUNES Autorise mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes à l'issue de la journée d'activités à partir de 17h et décharge la Direction de toute responsabilité quant aux problèmes pouvant survenir lors du trajet de l'enfant jusqu'à son domicile.

Fait à le Signature/Nom de famille