

**ENFANT**

NOM-Prénom :	
Adresse :	
Date et Lieu de Naissance :	
Etablissement fréquenté :	Classe :
Numéro de téléphone :	Mail :

**AUTORITE PARENTALE**

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom-Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
e-mail		
Tél fixe domicile		
Tél portable		
N° assuré social		
N° CAF		
Quotient Familial		
QF Bons Vacances		
Lieu CAF		
Profession		
Lieu de travail		
Employeur		
Téléphone professionnel		

*Je soussigné(e), père, mère, responsable légal*

- *Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription, du règlement de fonctionnement et des modalités de fonctionnement du centre et s'engage à le respecter et le faire respecter à son enfant.*
- *M'engage à régler l'ensemble des frais liés aux présences du participant dans les activités payantes selon les conditions prévues.*
- *Autorise à venir chercher mon enfant en mon absence les personnes suivantes :*
  
- *Autorise l'ADSEA 01 à consulter CDAP et en archiver les éléments si besoin.*

Fait à Bourg-en-Bresse, le 23 juillet 2021

Signature précédée de « lu et approuvé »

# DOSSIER MEDICAL DE L'ENFANT .....

Nom-Prénom du Médecin Traitant	Téléphone et adresse

<b><u>VACCINATIONS</u></b> (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).		<b><u>MALADIE</u></b>
<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>		<b>L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?</b>  <input type="checkbox"/> RUBÉOLE <input type="checkbox"/> VARICELLE <input type="checkbox"/> ANGINE <input type="checkbox"/> SCARLATINE <input type="checkbox"/> COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OTITE <input type="checkbox"/> ROUGEOLE <input type="checkbox"/> RHUMATISME articulaire aigu <input type="checkbox"/> OREILLONS
DTPOLIO (Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche)	1 <sup>ère</sup> injection : 2 <sup>ème</sup> injection : 3 <sup>ème</sup> injection : Rappel :	
<b>VACCINS CONSEILLES</b>		
BCG	Date :	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	1 <sup>ère</sup> Date : Rappel :	
HEPATITE B	1 <sup>ère</sup> injection : 2 <sup>ème</sup> injection : 3 <sup>ème</sup> injection :	
TEST TUBERCULINIQUE	Date :	
AUTRES (Tétanos, Poliomyélite, Tetracoq, Coqueluche)		

L'enfant a-t-il un PAI ?  OUI  NON

L'enfant a-t-il une allergie ? Si oui, laquelle ? (alimentaire, médicamenteuse, etc...)

L'enfant a-t-il un régime alimentaire ? Si oui, lequel ?

L'enfant suit-t-il un traitement ? Si oui, lequel ?

L'enfant a-t-il besoin de soins particuliers ? Si oui, lequel ?

AUTRES (Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... ou autre renseignement important (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation). Précisez :

### **Autorisations parentales :**

- J'autorise le participant à prendre part à toutes les activités proposées par le centre de loisirs.
- J'autorise le Directeur du centre de loisirs à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.
- J'autorise le centre de loisirs à photographier mon enfant dans le cadre des activités, et à publier les documents comportant l'image du participant.

Fait à Bourg-en-Bresse, le .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »