

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : _____

Ville : _____ Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, joindre une ordonnance récente et le traitement correspondant (boîte de médicaments récente et d'origine avec notice et marquée au nom de l'enfant)

L'enfant présente-t-il une maladie chronique ?

Asthme OUI ☐ NON ☐

Convulsions OUI ☐ NON ☐

Diabète OUI ☐ NON ☐

Autres OUI ☐ NON ☐ Précisez : _____

Conduite à tenir : _____

L'enfant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses : OUI ☐ NON ☐

Alimentaires : OUI ☐ NON ☐

Autres : OUI ☐ NON ☐ Précisez : _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

L'enfant a-t-il d'autres difficultés de santé ? (Accident, opération, rééducation ...). Si OUI, préciser les précautions à prendre et dates :

L'enfant a-t-il eu des maladies infantiles ? Si OUI, lesquelles :

Autres recommandations utiles : (port de lunettes, de prothèses dentaires, auditives, semelles orthopédiques ...) :

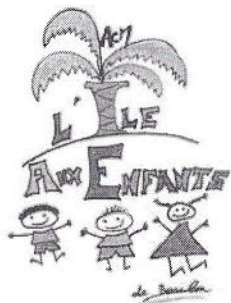
Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

D'autre part, je m'engage à informer l'accueil de loisirs de toute modification concernant les renseignements de cette fiche (coordonnées, santé ...).

☐ Je soussigné Mme/Mr _____ atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Le : ____ / ____ / ____

Signature :



Accueil de loisirs L'Île aux Enfants
Rue du stade
03230 BEAULON
04 70 44 32 60
cl.lileauxenfants@orange.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Garçon ☐ Fille ☐
Adresse : _____

RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse (si différente de l'enfant) : _____

RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Tél fixe : _____ Tél fixe : _____
Tél port. : _____ Tél port. : _____
Mail : _____ Mail : _____
Employeur : _____ Employeur : _____
Tél travail : _____ Tél travail : _____

La garde de l'enfant est :

☐ Conjointe ☐ Confiée au père ☐ Confiée à la mère

En cas de séparation ou divorce, la facture devra être adressée :

☐ au père ☐ à la mère ☐ aux deux parents (en cas de garde alternée)

N° C.A.F ou M.S.A : _____

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOMS	LIEN DE PARENTE

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

NOMS	LIEN DE PARENTE	N° TÉLÉPHONE

AUTORISATIONS (rayer la mention inutile)

- J'autorise, je n'autorise pas, mon enfant à quitter SEUL l'accueil de loisirs à ____ H ____.
- J'autorise, je n'autorise pas, l'équipe d'encadrement à prendre mon enfant en photo et à le filmer (possibilité de publication presse, site de Beaulon, affichage dans les locaux).