



**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

Numéro de sécurité sociale : .....

L'enfant bénéficie-t'il :  De la CMU  D'une prise en charge S.S à 100%

**Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : .....

Tél d'urgence portable ..... Tél d'urgence fixe .....

Nom et Tél. du médecin traitant : .....

**VACCINATIONS**

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou DT Polio</b>				BCG	
<b>Ou Tétracoq</b>				Autres (préciser)	

► Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole  Otite  Angine   
Scarlatine  Varicelle  Rougeole

Autres (Coqueluche, Oreillons, Rhumatisme articulaire aigu) : .....

**Allergies :**

Asthme Oui  Précisez.....  
Allergies alimentaires Oui  Précisez.....

Allergies médicamenteuses Oui  Précisez .....

Autres .....

► Précisez les conduites à tenir en cas d'allergies (Si automédication, le signaler) :

.....  
.....



### DIFFICULTES DE SANTE

Traitement médical régulier, crises convulsives, opérations....Précisez les précautions à prendre :

► (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

.....  
.....

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé ?  Oui  Non

Si oui, merci de fournir le document à la structure.

### APPAREILLAGES

Votre enfant porte-t-il des lunettes, un appareil dentaire, des prothèses auditives ?

.....

---

## AUTORISATIONS

Je soussigné....., en qualité de responsable légal,

### Règlement intérieur jeunesse

Atteste avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur de l'Animation Jeunesse

### Autorisation de soin

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des animations à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

### Droit à l'image

Dans le cadre des activités ou animations de l'Animation Jeunesse de l'Aubrière, les jeunes peuvent être filmés ou photographiés. Ces images sont susceptibles d'être utilisées dans nos divers supports pour la promotion de nos activités. **L'Association Culturelle et d'Animation de Fondettes, s'interdisant naturellement l'utilisation de toute image pouvant porter préjudice à la dignité des personnes, considère que dans un souci pratique, l'adhésion à l'association vaut acceptation des conditions d'utilisation de ces images.**

**Tout avis contraire devra être notifié par courrier adressé au Président.**

### Fin des activités

Autorise à la fin des activités (hors accueil libre)

mon (mes) enfant(s) à quitter seul(s) la structure en fin de journée  
 mon (mes) enfant(s) à quitter la structure accompagné(s) des personnes suivantes

-  
-  
-

Date :

Signature :

**Observations du directeur et/ou de l'assistant(e) sanitaire :**