

	<b>3 ans</b>		<b>4 / 5 ans</b>		<b>6 / 7 ans</b>		<b>8 / 10 ans</b>		<b>11 / 13 ans</b>		<b>14 / 17 ans</b>
--	--------------	--	------------------	--	------------------	--	-------------------	--	--------------------	--	--------------------

**VOTRE ENFANT**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu naissance :** ..... **Sexe :** M  F

**LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

..... **Tel :** ..... **Portable :** .....

n° de sécurité sociale : ..... **Mutuelle :** ..... n°: .....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM - Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Autorisée à récupérer l'enfant

**NOM du médecin traitant :** .....  : .....

**SANTE**

**Enfant en situation de handicap**  OUI  NON .....

**Date du dernier rappel de vaccination (fournir la copie de la page des vaccins du carnet de santé) :**

<b>OBLIGATOIRE</b>	D.T.COQ.POLIO.	
<b>Recommandés</b>	Hépatite B	
	R.O.R.	
	Coqueluche	
	B.C.G.	
	Autre (préciser)	

<b>Maladies</b>	Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

<b>Allergies</b>	Alimentaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Asthme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Autres _____					

• Cause et conduite à tenir : .....

.....

**T.S.V.P.** 

## RECOMMANDATIONS UTILES

Difficultés de santé particulières (maladie, accident, crises convulsives...)	Recommandations et précautions
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON **SI oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).**

Si nécessaire, autorisez-vous la MJC/Centre Social des Romains à donner à votre enfant des granules d'homéopathie d'Arnica ou de l'Apis Mellifica  OUI  NON

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

## REPAS SPECIAUX

Sans porc  P.A.I.\*  Végétarien  Sans poisson  Autre : .....

**Ces informations sont à titre indicatif pour l'équipe d'animation. Aucun repas de substitution ne sera fourni.**

*\* Joindre obligatoirement document médical.*

## SPECIFIQUE SECTEUR JEUNES 13 – 17 ANS

• Pour toute activité se déroulant en dehors de l'agglomération annecienne ou ayant lieu après 20h ou nécessitant un encadrement spécialisé, une autorisation parentale devra être signée au préalable.

## AUTORISATION PARENTALE

• **Mon enfant peut rentrer SEUL à la fin de la séance du centre de loisirs :**  OUI  NON

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je m'engage à indiquer toute contre-indication, médicale ou autre, pour la pratique d'une activité.

Je m'engage à signaler tout changement relatif à la santé de mon enfant, (coordonnées, téléphone, adresse...).

**Fait à Annecy le :** .....

**SIGNATURE** précédée de la mention « **lu et approuvé** »