

**NOM et Prénom :** .....

**Date de Naissance :** ..... **Sexe :**  Masculin  Féminin

**Enfant vivant chez :**  Père –  Mère –  Parents –  Garde Alternée -  Famil. Accueil

**Régime Alimentaire Particulier** .....

**Régime Social :**  Général -  Autre (à préciser : EDF, SNCF, MSA).....

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

**Nom**.....**Téléphone**.....

<b>Père    Responsable Légal    <input type="checkbox"/></b>	<b>Mère    Responsable Légale    <input type="checkbox"/></b>
NOM et Prénom : .....	NOM et Prénom : .....
Date Naissance : .....	Date Naissance : .....
Tel. Fixe.....	Tel. Fixe.....
Tel. Portable.....	Tel. Portable.....
Adresse .....	Adresse .....
E.Mail.....	E.Mail.....
Employeur (nom et lieu) : .....	Employeur (nom et lieu) : .....
Tél. Profess. : .....	Tél. Profess. : .....

**Facturation au nom de** .....

J'autorise  OUI  NON l'Espace Coluche à prendre en photo ou à filmer mon enfant et à utiliser ces supports dans le cadre de la réalisation de documents (plaquettes, bilans, presse, etc.)

J'autorise mon enfant âgé de plus de 6 ans à rentrer seul à la maison     OUI     NON

**Je soussigné(e)** .....

**Père, Mère, Tuteur, Responsable légal de l'enfant** .....

**Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant au Centre de Loisirs :**

Mr, Mme .....	Tel. Fixe.....
Lien de Parenté .....	Tel. Portable.....
Mr, Mme .....	Tel. Fixe.....
Lien de Parenté .....	Tel. Portable.....

# FICHE INDIVIDUELLE De RENSEIGNEMENTS (suite)

Année 2010/2011

Enfant.....

## 1 – VACCINATIONS

Fournir la photocopie de tous les certificats de vaccinations de l'enfant.

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical au cours de l'accueil, 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). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE Oui Non	VARICELLE Oui Non	ANGINE Oui Non	SCARLATINE Oui Non	COQUELUCHE Oui Non
Rhumatisme Articulaire Aigu Oui Non	OTITE Oui Non	ROUGEOLE Oui Non	OREILLONS Oui Non	

**ALLERGIES :** Asthmes Oui Non    Médicamenteuse Oui Non    Alimentaires Oui Non  
Autres.....

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

## INDIQUEZ CI-APRES :

**Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ré-éducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre**

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....

Votre enfant est-il pris en charge par un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) **OUI NON**

Si Oui, joindre une copie

**Je soussigné (e) .....**Inscrit mon enfant et l'autorise à participer aux différentes activités proposées. Je m'engage à ce que le règlement intérieur soit respecté, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le Secrétariat de tout changement de coordonnées, d'allergies, etc. J'autorise la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

J'accepte le tarif en vigueur

Genlis, Le .....

**Signature :**