

### 1 – ENFANT :

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Nom de l'école \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Maternelle

Né(e) le \_\_\_\_\_

Élémentaire

Collège

N° de téléphone en cas d'urgence : . . / . . / . . / . . / . .

Classe : \_\_\_\_\_

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nom Caisse : \_\_\_\_\_

Mutuelle (N° adhérent – Nom de la mutuelle) : \_\_\_\_\_

Nom et n° de tél. du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Votre enfant bénéficie-t'il de l'A.E.E.H. ? OUI  NON

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

#### Conditions de délivrance des médicaments :

☞ CAM : ordonnance ou P.A.I. obligatoires

(Joindre l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, avec la notice).

☞ Périscolaire : P.A.I. obligatoire

### 3 – ALLERGIES :

- Allergie alimentaire OUI  NON

- Autre allergie : \_\_\_\_\_

Document médical fourni lors de l'inscription :

Certificat médical  P.A.I.

\* *Aucune allergie ne pourra être prise en compte en l'absence de document médical.*

### 4 – JUSTIFICATIF DE VACCINATION (à fournir obligatoirement)

Copie du carnet de santé  ou Attestation du médecin mentionnant la date du D.T.Polio

### 5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** : \_\_\_\_\_

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc....  
précisez : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts 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 nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :