

Fiche de renseignement CLSH 2018

Renseignement sur l'enfant	
NOM :	PRENOM :
Date de naissance :	Classe :
Etablissement scolaire :	
Renseignement sur le demandeur	

	Responsable légal 1 Lien avec l'enfant :	Responsable légal 2 Lien avec l'enfant :
Nom		
Prénom		
Adresse		
CP/ville		
☎ dom		
☎ mobile		
☎ bureau		
Courriel		
Adresse facturation si différente du responsable légal :		
Nom de la compagnie et numéro de contrat de l'assurance scolaire :		
N° allocataire CAF :		

Autorisations

Je soussigné(e) en qualité de

➤ autorise l'enfant

✧ à participer à toutes les activités OUI NON


➤ autorise le CLSH

✧ à faire soigner l'enfant en cas d'urgence OUI NON

✧ à utiliser les prises de vue représentant l'enfant lors de la réalisation de supports de communication OUI NON

Le Centre de Loisirs décline toutes responsabilités en cas de perte ou de détérioration d'objet appartenant aux enfants

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom	Prénom	Qualité	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS ET DATES

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates derniers rappels
DT Polio			
BCG			
Test BCG			
Autres			

si l'enfant n'est pas vacciné , joindre un certificat de contre indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

- **Protocole d 'Accueil Individualisé (PAI)** OUI NON
- **Maladie chroniques** : asthme,convulsion,diabète, autres (précisez)
- **Réactions allergiques** : médicaments,aliments autres (précisez)
- **L'enfant suit-il un régime alimentaire** (sur prescription médicale) ? OUI NON
- **L'enfant suit-il un traitement médical ?** OUI NON
- **Autre difficultés de sant** maladie,accident,hospitalisation,opération (préciser la date)
.....

Précaution à prendre pour certaines activités sportives

- **Appareillages** : lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autre (précisez) :
.....
- **Antécédents particuliers** fractures, entorses, autres (précisez) :
.....

Médecin traitant

Nom : 

Adresse :

Code postal : Ville :

Attestation du responsable de l'enfant

Je soussigné(e) :, responsable légal,titulaire de l'autorité parentale,de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre ,le cas échéant, toutes mesures(traitement médical hospitalisation,intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :