



1 - L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Ecole :

Sexe :

2 - VACCINATIONS

SE REFERER AU CARNET DE SANTE:

VACCINS OBLIGATOIRES:

Diphtérie : Tétanos :Poliomyélite :DT Polio : Tétracoq :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il :

Traitement médical (O/N) :

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant (boîtes médicaments dans emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant).

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

Rubéole (O/N) : Varicelle (O/N) : Maladies : Angine (O/N) : Maladies : Rhumatisme (O/N) : Maladies :

Scarlatine (O/N) : Coqueluche (O/N) : Otite (O/N) : Maladies : Rougeole (O/N) :

Maladies : Oreillons (O/N) :

Allergie : Asthme (O/N) :

Allergie : Alimentaire (O/N) :

Allergie : Médicamenteuse (O/N)

:

Précisez dans la rubrique "Observations" les allergies, les difficultés de santé, indiquez si port lunettes, prothèses et autres

Observations :

Type de repas :

Allergie Repas :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Codification :

Adresse 1 :

Ville :

Email : Domicile :

Tél.

Portable :

Tél. Professionnel :

Employeur :

Profession :

à remplir si autre que le responsable

Nom :

Prénom :

Adresse 1 :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Employeur :

Tél. Professionnel : ..

Profession :

MERE

Nom :

Prénom :

Adresse 1 :

Ville :

Domicile :

Tél. Portable :

Employeur :

Tél. Professionnel :

Profession :

Si l'enfant réside à une adresse différente pendant le séjour :

Nom :

Adresse 1 :

Code Postal :

Ville :

Autres personnes habilitées à récupérer l'enfant : (autre parent, voisin, ami, grand frère et soeur)

Personnes habilitées à récupérer l'enfant Personnes habilitées à récupérer l'enfant

.....

Médecin traitant (facultatif) :

J'autorise l'utilisation d'image de mon enfant pour les supports de communication de la Ville d'Autun (presse, brochure etc.)

Autorisation de Filmer :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et en accepte les termes.

Je soussigné(e) (Nom - prénom).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait àle :/...../.....

Signature

Fiche à retourner accompagnée des pièces suivantes et du paiement : choix de vos activités (une fiche par enfant) indiquer n sécurité sociale copie assurance responsabilité civile copie de l'attestation Centre de Loisirs délivrée par la CAF 71 valable du 01/02/1010 au 31/012011 paiement**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE****Ville d'Autun - Direction Animation Jeunesse et Sports**

Moulin du Vallon - 4 route de Chalon/Saône - 71400 AUTUN

Tél. 03 85 86 95 80 - Fax 03 85 86 95 81 - territoire.davenutes@autun.com - www.autun.com