



ACCUEIL DE LOISIRS TERRITOIRE D'AVENTURES

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:

Date 3 DT Polio :

Date 2 BCG :

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) :

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 :

Autorisation de rentrer seul : **pour l'accueil de loisirs 13/17ans**

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Codification :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Ville :

Email : Domicile :

Tél.

Portable :

Tél. Professionnel :

Employeur :

Profession :

à remplir si autre que le responsable

Nom :

Prénom :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Employeur :

Tél. Professionnel :

Profession :

MERE**Nom :****Prénom :**

Adresse 2 :

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)

Médecin traitant (facultatif) :

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

Autorisation de photographe ou filmer : oui non (rayer la mention inutile)

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 ou la MSA valable du 01/02/2011 au 31/01/2012
- paiement

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE

Communauté de Communes de l'Autunois - service Animation Jeunesse
Moulin du Vallon - route de Chalon/Saône - 71400 AUTUN
Tél. 03 85 86 95 80 - Fax 03 85 86 95 81 - territoire.daventures@cc-autunois.fr