

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS



### Responsable légal

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Enfant

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F / G

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Départ : \_\_\_\_\_

Assurance : \_\_\_\_\_ N° D'allocation CAF : \_\_\_\_\_

Si bon CAF, N° de l'enfant : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale du représentant légal : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Le responsable légal de l'enfant susmentionné déclare inscrire ce dernier au centre de loisirs « Bougez-vous » et l'autorise à participer aux activités retenues.

Il certifie qu'il n'existe pas de contre-indication pour sa participation et qu'il est apte physiquement à pratiquer les activités choisies.

### DOSSIER SANITAIRE

En cas d'urgence, appeler :

M. \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M. \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M. \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médecin traitant habituel :

Dr. \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VACCINATIONS** (remplir à partir du carnet de santé ou joindre une photocopie de ce dernier)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autre (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Allergies connues :

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du responsable :