

NOM**PRENOM DE L'ENFANT**

Numéro de téléphone en cas d'urgence :

Mère :

Père :

VACCINATIONS (fournir la photocopie des certificats de vaccination dans le carnet de santé)

Vaccinations	Oui	Non	Date des derniers rappels
DTP OBLIGATOIRE			
11 vaccins OBLIGATOIRE			

☐ **Je soussigné(e)**

Certifie sur l'honneur que mon enfant est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

Médecin traitant (Nom et téléphone)

Si l'enfant suit un traitement médical pendant l'activité joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE ☐ VARICELLE ☐ ANGINE ☐ RHUMATISME ☐ SCARLATINE ☐

COQUELUCHE ☐ OTITE ☐ ROUGEOLE ☐ OREILLONS ☐ AUTRES ☐

ALLERGIES : ☐ Asthme ☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires ☐ Autres ☐ PAI**Certificat médical avec protocole obligatoire****DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives ...)☐ Lunettes ☐ prothèses ☐ N ° AEEH :**REGIMES ALIMENTAIRES cocher 1 case svp**☐ Avec viande/poisson ☐ Avec poisson/œufs ☐ végétarien

Je soussigné(e)..... **responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'association à prendre toutes les mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, anesthésie...) rendues nécessaires, le cas échéant, par l'état de mon enfant.**

AUTORISATION DE SORTIE☐ J'autorise l'association à laisser partir mon enfant à la fin des activités **si l'enfant à plus de 6 ans.**☐ Je n'autorise pas le départ de mon enfant si je ne viens pas moi-même (ou autre responsable légal)Ci-joint la liste des personnes habilitées **et ayant plus de 12 ans à venir chercher mon enfant :**

NOM	PRENOM	N° DE TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

Date

Signatures des responsables légaux