

| Du 23 au 27 octobre | Du 2 au 5 janvier * | Du 26 février au 2 mars | Du 23 au 27 avril |
|---------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|
| | | | |

Merci de cocher les dates auxquelles votre enfant est inscrit au centre

**Seulement pour le site de Cahagnes*

| | |
|---|----------|
| Nom de l'enfant : | Prénom : |
| Date de naissance : | |
| Nom du père : | N° CAF : |
| Nom de la mère : | N° MSA : |
| Adresse des parents ou tuteurs : | |
| Tél. : | |
| En cas d'urgence, N° de téléphone des parents : | |

Autorisations :

Votre enfant peut-il repartir seul ? Oui Non

Si non, qui est autorisé à venir le chercher ?

Peut-il être photographié ? Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités suivantes si celles-ci sont proposées ?

Baignades à la mer et à la piscine Oui Non

Equitation Oui Non

Canoë-kayak, escalade Oui Non

VTT, Tir à l'arc, accrobranches Oui Non

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'Accueil Collectif de Mineurs organisé par Pré Bocage Intercom,

Je soussigné

Madame, Monsieur

Responsable légal de l'enfant :

- inscrit mon enfant à l'Accueil Collectif de Mineurs et l'autorise à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs,
- décharge ceux-ci de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après les heures d'ouverture de l'Accueil, et pendant le trajet,
- autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

A : Le :

(Écrire en toutes lettres la mention « Lu et approuvé » et signer)

1- ENFANT

NOM : **Prénom :**

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Sexe :**

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | Oui | Non | | | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| OU DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| OU Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?

Si oui, 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 MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'ENFANT A T-IL EU LES MALADIES OU ALLERGIES SUIVANTES :

| MALADIES | OUI | NON | ALLERGIES | OUI | NON |
|-----------------------------|-----|-----|--|-----|-----|
| RUBEOLES | | | ASTHME | | |
| VARICELLE | | | ALIMENTAIRES | | |
| ANGINE | | | MEDICAMENTEUSES | | |
| RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | | | AUTRES | | |
| SCARLATINE | | | SI OUI, PRÉCISER LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR | | |
| COQUELUCHE | | | | | |
| OTITE | | | | | |
| ROUGEOLE | | | | | |
| OREILLONS | | | | | |

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?

L'enfant mouille-t-il son lit ? S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Préciser :

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : **Prénom :**

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. : - -

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) :

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

Date : **Signature :**