

• Nom de l'enfant..... Prénom.....

• Date de naissance.....

• Adresse : ..... Commune.....

• Code postal : ..... Bureau distributeur.....

• Allergies alimentaires ou régime spécial.....

	Père	et	/ ou	Mère
Nom - Prénom				
Adresse (si différente de l'enfant)				
Code postal				
Commune				
Téléphone fixe				
Téléphone portable				
Téléphone professionnel				
Mail				

N° allocataire CAF..... QF.....

N° allocataire MSA..... QF.....

Autres régimes.....

Carte d'adhésion au Centre Social (date de validité).....

## Autorisation parentale

Je soussigné.....

Responsable de (nom, prénom).....

donne l'autorisation aux responsables du secteur jeunesse du centre social:

- de transporter ou faire transporter mon enfant, pour les sorties, par d'autres parents, les animateurs, en car.
- de prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé des enfants.

autorise       n'autorise pas mon enfant à rentrer seul (e) après l'activité

autorise       n'autorise pas mon enfant à se baigner

autorise       n'autorise pas mon enfant à être photographié

autorise       n'autorise pas le centre social à utiliser les photos pour les supports de communication (Temps Qui Court, presse, site web.....)

souhaite       ne souhaite pas recevoir les infos du secteur jeune sur mon mail

A..... le.....

Signature :

NOM de l'enfant.....

PRENOM.....

## 1 – VACCINATIONS

date du dernier rappel

date du dernier rappel

- Diphtérie  
Tétanos  
Poliomyélite  
Hépatite B  
Coqueluche

B.C.G. ....

R.O.R. ....

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical? oui non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

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

- Rubéole oui non  
 Rougeole oui non  
 Varicelle oui non  
 Angine oui non  
 Scarlatine oui non

- Otite oui non  
 Coqueluche oui non  
 Oreillons oui non  
 Rhumatisme articulaire aigu oui non

L'enfant a-t-il des allergies? Asthme oui non Alimentaire oui non  
 Médicamenteuses oui non  
 Autres.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

## 3 – RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfants porte t-il des lunettes, des prothèses dentaires, etc...(précisez) ?

.....

## 4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom, prénom.....

Adresse et téléphone (pendant le séjour).....

Nom et tél. du médecin traitant (souhaité).....

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : .....

Signature :

### Contact :

**Centre Social**

**5 rue de la Gabardiere-49120 Chemillé**

02 41 30 50 55

Usine n°direct : 02 41 30 37 39

[jeunesse@centresocial-chemille.asso.fr](mailto:jeunesse@centresocial-chemille.asso.fr)

[www.trouve-ton-monde.com](http://www.trouve-ton-monde.com)