



## Fiche de renseignements enfant

### Enfant

Nom et prénom _____	N° Allocataire _____
Né(e) le ____ / ____ / _____	Ecole _____

### Responsables

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	E-mail
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### Contacts, déplacement de l'enfant

habilité (1)	Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Principal	Profession Employeur
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

(1) : habilité à venir chercher l'enfant

### Informations médicales, observations spéciales

Médecin traitant _____	tél : _____
Rentre seul <input type="checkbox"/>	si oui, à partir de ____ h ____
<b>Observations</b> _____	
<b>Allergies connues</b>	
<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Autres
<b>L'enfant a eu les maladies suivantes</b>	
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Varicelle	
<b>L'enfant porte :</b>	
<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> des lentilles
<input type="checkbox"/> des prothèses auditives	<input type="checkbox"/> des prothèses dentaires
<b>Photographies</b>	
<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas la prise de photo de mon enfant	
<b>Vaccinations effectuées</b>	
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> BCG
<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> DT polio
<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Rubéole-Oreillons-Rougeole
<input type="checkbox"/> Tétracoq	<input type="checkbox"/> Coqueluche
	<input type="checkbox"/> Hépatite B
	<input type="checkbox"/> Tétanos

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____
Signature	Signature	Signature	Signature