

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des accueils à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale, etc...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : Date : Signature :

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

Médecin traitant : Nom :
 Adresse :
 Tél :

Autres personnes que la famille à contacter en cas d'urgence :

Nom : Tél :
 Nom : Tél :
 Nom : Tél :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES ARTICULAIRES	SCARLATINE
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
COQUELUCHE	OTITE	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

ALLERGIES : Alimentaires Médicamenteuses Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Joindre photocopie ordonnance médecin) :

.....

■ Autres difficultés de santé : (accidents, crises convulsives, opérations...)

.....

■ L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON Si OUI, joindre photocopie de l'ordonnance du médecin

Régime alimentaire : Aucun Sans porc Sans poisson Sans œufs Autres

SIGNATURE :

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur m'engage :

- à respecter le règlement en vigueur de l'accueil de loisirs périscolaire dont une copie m'a été remise.
- à communiquer immédiatement tout changement de situation ou de téléphone.
- à autoriser mon enfant à pratiquer toutes les activités de l'accueil de loisirs périscolaire.

Date :
 Signature du représentant légal :