

L'Enfant  Garçon  Fille

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance ..... /..... /..... à .....

Ecole fréquentée ..... Classe .....

Responsable Légal 1

Nom ..... Prénom.....

Date de naissance ..... /..... /.....

Adresse .....

Téléphone ..... / Profession .....

Email..... / N° Allocataire CAF .....

Responsable Légal 2

Nom ..... Prénom.....

Date de naissance ..... /..... /.....

Adresse .....

Téléphone ..... /Profession .....

Email..... / N° Allocataire CAF .....

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence	Autres personnes pouvant récupérer l'enfant
Nom.....Numéro.....	Nom.....Numéro.....
Nom.....Numéro.....	Nom.....Numéro.....
Nom.....Numéro.....	Nom.....Numéro.....

Type de REPAS : Classique  Sans porc  Sans viande  PAI alimentaire

Je soussigné(e).....

- Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de 1<sup>ère</sup> urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.
- Autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens (*pas d'autorisation en dessous de 9 ans. Pour les enfants en élémentaire âgés de 9 à 11 ans, remplir une autorisation écrite*).
- Autorise le droit à l'image à titre gratuit, la MJC Agora Nice-Est à photographier ou à filmer mon enfant et à utiliser ces supports pour la promotion et la communication.



### Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Nom et tél du Médecin traitant .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant au directeur du centre, dans leur emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant.*

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

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

MALADIES	OUI	NON
ROUGEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
OTITE		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		

ALLERGIES	OUI	NON
ASTHME		
ALIMENTAIRE		
MEDICAMENTEUSE		
POLLEN		
ANIMAUX		
AUTRES		

VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé)*

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DTP				HEPATITE B	
BCG				ROR	
DTCP				COQUELUCHE	
PENTAVAC				MONOTEST	
PREVENAR				MENINGITE C	

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il ?

Des lunettes  des lentilles  des prothèses auditives  ou dentaires  autres précisez,  
.....

Indiquez les difficultés de santé :

Accident  Hospitalisation  Diabète  Crises compulsives  TDA  Opération

autres  Précisez les dates et les précautions à prendre.....  
.....

Votre enfant a-t-il un PAI  OUI  NON. *Si oui joindre un protocole spécifique pour l'accueil de loisirs.*

Votre enfant bénéficie-t-il d'une Assistante de Vie Scolaire (AVS) ? OUI  NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs de la MJC Agora Nice-Est.

**Date :**

**Signature :**