

⇒ **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Nom Prénom
 Né(e) le...../...../..... Sexe : M F
 Poids : Taille :
(Informations nécessaires en cas d'urgence)

PERE *Merci de bien vouloir écrire en lettre majuscule*

Nom, Prénom Tél.
 Adresse

 E-mail :.....
 Entreprise :..... Tél.

MERE *Merci de bien vouloir écrire en lettre majuscule*

Nom, Prénom Tél.
 Adresse

 E-mail :.....
 Entreprise :..... Tél.

⇒ **PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN**

Nom Tél.

⇒ **ALLOCATIONS FAMILIALES (Renseignement indispensable)**

Régime général (CAF) N° MSA

J'autorise / n'autorise pas l'US VERN à prendre les renseignements nécessaires à la tarification de l'activité ALSH auprès du service CafPro mis à disposition par la Caisse d'Allocations Familiales.

** Il est de votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance pour votre enfant.*

⇒ **AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE**

Je soussigné(e)..... représentant légal de **autorise / n'autorise** pas l'US VERN à publier des photos de mon (mes) enfant(s) prises dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs, exclusivement dans les outils de communication de l'association et dans des articles de presse rédigés liés à cette activité.

⇒ **VACCINATIONS** *(Fournir photocopie des vaccinations du carnet de santé)*

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

⇒ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant a-t-il eu déjà les maladies suivantes : *(rayer la mention inutile)*

Varicelle **OUI NON** Coqueluche **OUI NON** Rubéole **OUI NON**
 Oreillons **OUI NON** Rougeole **OUI NON** Scarlatine **OUI NON**
 Angine **OUI NON** Rhumatismes **OUI NON** Otites **OUI NON**
 Asthme **OUI NON**

Suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice**).

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Médecin traitant : ☎

Je soussigné,, représentant légal (père, mère, tuteur), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)