



NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

◆ **VACCINATION**                      Tétanos                      oui                       non

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

◆ **TRAITEMENTS EN COURS**

L'enfant suit-il un traitement médical ?                      oui                       non   
 L'enfant a-t-il été contaminé par le COVID ?                      oui                       non   
 Y a-t-il eu un cas de COVID dans le foyer ?                      oui                       non

(Si la prise de médicament doit être faite durant la journée, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

◆ **ALLERGIES :**

ASTHME                      oui                       non   
 MÉDICAMENTEUSES                      oui                       non   
 ALIMENTAIRES                      oui                       non   
 AUTRES                      oui                       non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

◆ **NOM du Parent pouvant être joint en priorité en cas de nécessité**

.....

**TÉL.** Domicile : ..... Travail ..... PORTABLE.....

◆ **Informations complémentaires concernant l'enfant (ex : port de lunettes, maladie chronique etc)**

.....

◆ **Assurance Responsabilité Civile pour l'enfant**

Nom et adresse de l'assureur : .....

.....

Type de contrat.....N° du contrat.....

Je soussigné,

.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :