

Centre de loisirs et garderie périscolaire LE CALYPSO

ENFANT

| | |
|-----------------------------|----------|
| NOM-Prénom : | |
| Adresse : | |
| Date et Lieu de Naissance : | |
| Etablissement fréquenté : | Classe : |
| Numéro de téléphone : | Mail : |

AUTORITE PARENTALE

| | RESPONSABLE LEGAL 1 | RESPONSABLE LEGAL 2 |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| Nom-Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| Adresse | | |
| e-mail | | |
| Tél fixe domicile | | |
| Tél portable | | |
| N° assuré social | | |
| N° CAF | | |
| Quotient familial | | |
| QF Bons Vacances | | |
| Lieu CAF | | |
| Profession | | |
| Lieu de travail | | |
| Employeur | | |
| Téléphone professionnel | | |

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal

- Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription, du règlement intérieur et des modalités de fonctionnement du centre.
- M'engage à régler l'ensemble des frais liés aux présences du participant dans les activités payantes selon les conditions prévues.
- Autorise M..... à venir chercher mon enfant en mon absence.
- Autorise l'ADSEA 01 à consulter CAF PRO.

Fait à Péronnas, le

Signature précédée de « lu et approuvé »

DOSSIER MEDICAL DE L'ENFANT

| | |
|--------------------------------|----------------------|
| Nom-Prénom du Médecin Traitant | Téléphone et adresse |
| | |

| <u>VACCINATIONS</u> (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). | | <u>MALADIE</u> |
|---|------------------------------|--|
| VACCINS OBLIGATOIRES | | L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? <input type="checkbox"/> RUBÉOLE <input type="checkbox"/> VARICELLE <input type="checkbox"/> ANGINE <input type="checkbox"/> SCARLATINE <input type="checkbox"/> COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OTITE <input type="checkbox"/> ROUGEOLE <input type="checkbox"/> RHUMATISME articulaire aigu <input type="checkbox"/> OREILLONS |
| DTPOLIO (Diphtérie-Tétanos-Polio) A 6 ans | 1 ^{ère} injection : | |
| | 2 ^{ème} injection : | |
| | 3 ^{ème} injection : | |
| | 4 ^{ème} injection : | |
| | Rappel : | |
| VACCINS CONSEILLES | | |
| BCG | Date : | |
| ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole) | 1 ^{ère} Date : | |
| | Rappel : | |
| HEPATITE B | 1 ^{ère} injection : | |
| | 2 ^{ème} injection : | |
| | 3 ^{ème} injection : | |
| COQUELUCHE | Date : | |
| PREVENAR (pneumocoque) | 1 ^{ère} injection : | |
| | 2 ^{ème} injection : | |
| | 3 ^{ème} injection : | |
| | Rappel : | |

L'enfant a-t-il un PAI ? OUI NON

L'enfant a-t-il une allergie ? Si oui, laquelle ? (alimentaire, médicamenteuse, etc...)

.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire ? Si oui, laquelle ?

.....

L'enfant suit-t-il un traitement ? Si oui, lequel ?

.....

L'enfant a-t-il besoin de soins particuliers ? Si oui, lequel ?

.....

AUTRES (Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... ou autre renseignement important (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation). Précisez :

.....

Autorisations parentales :

- J'autorise le participant à prendre part à toutes les activités proposées par le centre de loisirs.

- J'autorise le Directeur du centre de loisirs à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.

J'autorise le centre de loisirs à photographier mon enfant dans le cadre des activités, et à publier les documents comportant l'image du participant.

Fait à Péronnas, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »