

**Renseignements concernant l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  \*Garçon  \*Fille

**Responsable légal de l'enfant:** Père  Mère  Autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : Fixe : ..... Portable : ..... Professionnel : .....

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : .....

**Renseignements médicaux concernant l'enfant : (\* cocher la case correspondante)**

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

Votre enfant porte-t-il des :

<input type="checkbox"/> * Angine	<input type="checkbox"/> * Scarlatine	<input type="checkbox"/> * Coqueluche	<input type="checkbox"/> * Lunettes	<input type="checkbox"/> * Lentilles
<input type="checkbox"/> * Oreillons	<input type="checkbox"/> * Otite	<input type="checkbox"/> * Rougeole	<input type="checkbox"/> * Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/> * Prothèses auditives
<input type="checkbox"/> * Rubéole	<input type="checkbox"/> * Asthme	<input type="checkbox"/> * Varicelle		

A-t-il des allergies

<input type="checkbox"/> *alimentaires	<input type="checkbox"/> *respiratoires
<input type="checkbox"/> *médicamenteuses	<input type="checkbox"/> *autres

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

**Joindre obligatoirement une photocopie des vaccinations**

Observations utiles des parents :

**Veillez préciser si l'enfant suit un traitement ?**  \*oui  \*non

Si oui lequel : .....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant l'accueil de Loisirs, **n'oubliez pas de joindre impérativement l'ordonnance.** Les médicaments doivent être dans leur conditionnement d'origine marqué au nom de l'enfant, accompagnés de la notice d'emploi.

**Indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, hospitalisation...) contre-indications ou restrictions médicales : .....

**Nom du médecin traitant :** ..... **Téléphone :** .....

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes les dispositions utiles décidées par le médecin, concernant les traitements médicaux, opérations chirurgicales, anesthésie comprise que son état nécessiterait.

J'aimerais qu'il soit hospitalisé à l'hôpital (à préciser) : .....

**Fait à :** .....

**Le :** .....

**Signature** (précédée de la mention « lu et approuvé ») :