

**Fiche de renseignements enfant****Enfant**

Nom et prénom _____ N° Allocataire _____
 Né(e) le ____ / ____ / _____ Ecole _____

Responsables

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	E-mail
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Contacts, déplacement de l'enfant

habilité (1)	Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Principal	Profession Employeur
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

(1) : habilité à venir chercher l'enfant

Informations médicales, observations spéciales

Médecin traitant _____ tél : _____

Rentre seul si oui, à partir de ____ h ____

Observations _____

Allergies connues

Alimentaires Asthme Autres

Médicamenteuse

L'enfant a eu les maladies suivantes

Angine Coqueluche Oreillons

Otite Rhumatisme articulaire Rougeole

Rubéole Scarlatine Varicelle

L'enfant porte :

Autres des lentilles des lunettes

des prothèses auditives des prothèses dentaires

Vaccinations effectuées

Autres BCG Coqueluche

Diphtérie DT polio Hépatite B

Poliomyélite Rubéole-Oreillons-Rougeole Tétanos

Tétracoq

Je soussigné(e) responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date ____ / ____ / ____			
Signature	Signature	Signature	Signature