



ENFANT :

Nom : Prénom :
 Masculin Féminin

Né(e) le : à

RESPONSABLE LEGAL 1 : Père - Mère - Tuteur

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Portable Père:.....

Courriel : Portable Mère:.....

Adresse :

Ville :

Profession : Employeur :

Téléphone travail :

RESPONSABLE LEGAL 2 : CONJOINT :

Nom : Nom :

Profession : Profession :

Téléphone travail : Téléphone travail :

Prénom:..... Prénom:.....

Employeur : Employeur :

Situation de famille : (du responsable légal)

N° de Sécurité sociale : (du responsable légal)

L'ENFANT SAIT-IL NAGER

OUI NON

AUTORISATION DE SORTIE :

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (joindre une autorisation en annexe)

.....

OUI NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L' ENFANT

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la réponse)

<i>RUBEOLE</i>	<i>VARICELLE</i>	<i>ANGINE</i>	<i>RHUMATISME</i>	<i>SCARLATINE</i>
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
<i>COQUELUCHE</i>	<i>OTITE</i>	<i>ASTHME</i>	<i>ROUGEOLE</i>	<i>OREILLONS</i>
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : Asthmes OUI NON Médicamenteuses OUI NON
 Alimentaires OUI NON Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

OBSERVATIONS MÉDICALES : difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Je soussigné (e), responsable de l'enfant, l'autorise à participer à toutes les activités du centre et autorise le directeur du C.L.S.H à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à St Laurent du Var, le..... Signature :