



Nom Prénom Garçon Fille

Date de Naissance/...../.....
 Taille : Poids :

Fournir les photocopies des vaccinations notées sur le carnet de santé, sans omettre de mettre le nom de votre Enfant sur toutes les Photocopies !

Vaccins obligatoires	oui		non		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui		non		Dates des derniers rappels
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatites B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dtpolio/Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rubéole	Varicelle	Angines	Scarlatine	RAA
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"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otites	Rougeole	Asthme	Oreillons
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"/> non <input type="checkbox"/>

Traitement médical pendant l'accueil

L'Enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ?
 Oui Non Si oui, 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)
 Nom du Médecin traitant
 Tél

Vaccinations

Si l'Enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. En tout état de cause selon les nouvelles réglementations, joindre les photocopies des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin. Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

Les Difficultés de Santé (Maladies, Accidents, Crises convulsives, Hospitalisations, Opérations, Rééducation) En précisant les dates et les précautions à prendre. **Recommandations** Port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, régimes et habitudes alimentaires

.....

Votre Enfant est-il allergique?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allergie Alimentaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allergie Médicamenteuse?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre Fille est-elle réglée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre Enfant est-il énurétique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, régulièrement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Certificat Médical datant de moins de 3 mois autorisant votre enfant à pratiquer Des Activités Sportives

Avertissements

"Bien noter, les pathologies chroniques ou aiguës en cours ; le cas échéant, les coordonnées du médecin traitant seront fournies. Si un traitement est à prendre durant tout ou partie de l'accueil, l'ordonnance du médecin devra être jointe et, s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage."

En cas d'Allergie, Merci de préciser les causes et les conduites à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....
.....
.....

Caisses Primaires de Sécurité Sociale, Mutuelles et Assurances

Sécurité Sociale : Numéro

Caisse.....

Adresse

Joindre obligatoirement la Photocopie de votre attestation sécurité sociale, de votre CMU si nécessaire

Avez-vous une mutuelle ? oui non

Nom

Adresse

Tél N° Adhérent.....

Joindre la photocopie de la carte de la mutuelle et le cas échéant le chéquier délivré par votre mutuelle

Assurance responsabilité civile de l'association couvre chaque participant pour les dommages corporels et matériels en cas de faute de l'association, par contre, VOUS DEVEZ AVOIR UNE ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT AVEC ASSISTANCE INTEGREE POUR LA PRATIQUE DES SPORTS ET DES LOISIRS. Celle-ci doit couvrir les accidents n'engageant pas la responsabilité de l'association. Vous possédez peut-être ce type de garantie, par exemple dans le cadre d'une assurance « MULTIRISQUES HABITATION » ou « SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE ». Vérifiez que celle-ci couvre bien le participant pour la pratique de sports et de loisirs tels que randonnée, activités sportives sans compétition, jeux collectifs (football, volley-ball...), natation, canoë-kayak, équitation, spéléologie, VTT

Nom de l'assureur

Adresse.....

Tél assureur

N° du contrat

Joindre obligatoirement une attestation de votre Assureur.

Tous les documents demandés doivent être en cours de validité