



L'ENFANT INSCRIT



Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Nationalité : _____ Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon
 Nom de son école : _____ Classe : ____ Nom de son enseignant : _____



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



Nom de son médecin traitant : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 N° sécurité sociale auquel il est rattaché : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Date du dernier vaccin obligatoire (sauf contre-indication médicale reconnue – attestation à fournir) :
 Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae b : ____ / ____ / ____
Date des derniers vaccins recommandés (*obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018) :
 BCG : ____ / ____ / ____ Pneumocoque* : ____ / ____ / ____ Hépatite B* : ____ / ____ / ____
 R.O.R.* : ____ / ____ / ____ Méningocoque C* : ____ / ____ / ____
 Autres : _____, ____ / ____ / ____ ; _____, ____ / ____ / ____

Maladies contractées :

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Rhumatisme articulaire aigu ☐ Scarlatine
☐ Coqueluche ☐ Otite ☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Asthme

Traitement médical à suivre lors de son accueil à l'Accompagnement à la Scolarité : ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, précisez le nom du/des médicament(s) et le **protocole à suivre** : _____

Allergies : Alimentaire ☐ Oui ☐ Non **Médicamenteuse** ☐ Oui ☐ Non **Régime alimentaire** ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, précisez l'/les allergie(s), le/les régime(s) alimentaire(s) et la **conduite à tenir** : _____

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les **précautions à prendre** : _____

Recommandations du/des responsable(s) légal/légaux (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires...) : _____



AUTORISATIONS



Autorisez-vous l'association à transporter votre enfant (bus « Le Papillon », minibus ou autre moyen de transport) de l'École au Centre Social et Culturel et pour participer à des activités à l'extérieur : ☐ Oui ☐ Non

Les informations recueillies sont nécessaires pour notre fonctionnement. Elles font l'objet d'un traitement informatisé par le responsable du Clas et sont destinées aux membres de son équipe. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui concernent votre enfant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, adressez-vous auprès du responsable du Clas.

Autorisez-vous le responsable du Clas à saisir les informations présentes sur cette fiche : ☐ Oui ☐ Non

Par ma/notre signature, je déclare/nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage/nous engageons à signaler tous changements intervenant en cours d'année : mail, courrier, téléphone, responsable du Clas...

Fait à Cosne-Cours-sur-Loire,

Signatures Adulte 1 et Adulte 2 :

le ____ / ____ / ____