

FICHE MEDICALE A JOINDRE AU DOSSIER DE L'ENFANT.

.....

CHERS PARENTS : Ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par votre médecin.

DONNEES MEDICALES :

NOM et TEL. du médecin traitant :

.....
Maladies antérieures ou opérations subies :

.....
.....
.....
Est-il atteint de : *diabète - asthme - affection cardiaque - épilepsie - rhumatisme - handicap moteur - affection cutanée - autre ?* :

.....
A-t-il été vacciné contre le tétanos ? **OUI - NON**. En quelle année ?

A-t-il subi un (ou des) rappel(s) ? **OUI - NON**

Si oui, en quelle(s) année(s) ?

Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives (y compris baignades) et jeux adaptés à son âge ? **OUI - NON**

Y avait-il eu des remarques particulières concernant sa participation à pareille activité ?
OUI - NON. Lesquelles ?

.....

Date :

Signature :

FICHE SIGNALETIQUE

(A remettre à l'équipe d'encadrement le 1^{er} jour de présence)

A REMPLIR EN CARACTERE D'IMPRIMERIE S.V.P.

Nom de l'enfant :

Prénom :

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Code postal : Localité :

Nom et prénom des frères ou sœurs qui fréquentent le lieu d'accueil :

.....
.....

Ecole fréquentée (durant l'année scolaire):

Plaine - Garderie fréquentée :

PERSONNE RESPONSABLE

Nom : Prénom :
en qualité de père - mère - tuteur(trice) (*)

N° de téléphone où l'on pourrait vous joindre :

Lieu de travail :

J'autorise mon fils – ma fille (*)

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • A se rendre aux bassins d'apprentissage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A se rendre à la piscine olympique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A participer aux activités encadrées hors commune | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A être photographié lors des activités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mon fils- Ma fille sera récupéré(e) à l'accueil
par.....
.....

Vignette de mutuelle

(*) biffer les mentions inutiles.