

Communauté de communes Bénévent Grand Bourg
8 Place du Marché – 23240 Le Grand Bourg
05.55.80.38.20 - <http://www.benevent-legrandbourg.fr/>

Renseignements sur l'enfant

NOM : Lieu et département de naissance :
 Prénom(s) :
 Date de naissance : Sexe :

Merci de nous indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. :

.....

Existe-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités ?

.....

Votre enfant est-il sujet à l'asthme ?

OUI NON

Merci de nous indiquer si votre enfant est sujet à des allergies :

| De type : | OUI | NON | Préciser |
|-----------------|-----|-----|----------|
| médicamenteuses | | | |
| alimentaires | | | |
| autres | | | |

Merci de nous indiquer si votre enfant a déjà eu les maladies suivantes :

| | Rubéole | oreillons | varicelle | Angines | Rhumatismes | coqueluche | otites | rougeole | scarlatine |
|-----|---------|-----------|-----------|---------|-------------|------------|--------|----------|------------|
| OUI | | | | | | | | | |
| NON | | | | | | | | | |

Les vaccins (Fournir une copie du carnet de santé)

| Pour tous les enfants | | | |
|---|-----|-----|----------------------------|
| VACCINS OBLIGATOIRES* | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS |
| DTP (Diphtérie/ Tétanos/ Poliomyélite) | | | |

| Pour Les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 | | | |
|---|-----|-----|----------------------------|
| VACCINS OBLIGATOIRES* | Oui | Non | Dates des derniers rappels |
| Hépatite B | | | |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole | | | |
| Coqueluche | | | |
| Haemophilus influenzae B | | | |
| Méningocoque C | | | |
| Pneumocoque | | | |

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Informations médicales

❖ Médecin traitant

NOM :

TELEPHONE :

ADRESSE :

.....

❖ Accident

En cas d'accident, l'enfant sera conduit au Centre Hospitalier de Guéret

Autorisations obligatoires :

Je soussigné(e),

responsable de l'enfant :

- Autorise le Directeur de l'Accueil de Loisirs à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions des médecins.
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuels.
- M'engage à payer les frais médicaux quant à l'intervention d'un médecin sur le lieu de l'ALSH.
- M'engage à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant ainsi que les frais d'accompagnement.

Signature du
Responsable légal # 1 :

Signature du
Responsable légal # 2 :