



Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Fille Garçon

Nom de la mère:

Nom du père :

Adresse du domicile :

.....

.....

Adresse BP :

.....

Tél mobile : M/.....P/.....

Tél fixe :

Tél.travail : M/.....P/.....

Mail :

CAFAT / RUAMM:.....

ECOLE FREQUENTEE :

Classe :

Certificat Médical : Date de délivrance :

Vaccinations à jour : OUI NON

Renseignements médicaux concernant votre enfant :

Médecin traitant :

Allergies OUI NON Lesquelles :

Asthme OUI NON

Mouille t-il son lit? OUI NON

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? OUI NON

Sait-il nager ? OUI NON

Accident ou hospitalisation ? OUI NON Lequel :

Suit-il un traitement ? OUI NON Lequel :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant les séjours, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments pour chaque période.

Recommandation des parents (lunettes, régime particulier, sensibilités physiques, ... ?):

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

Personne à contacter en cas d'absence des parents :

.....

Tél :

Personne pouvant récupérer l'enfant (en dehors des parents) :

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

Tél :

Tél :

Tél :

Une décharge de responsabilité est nécessaire dans le cas où une personne différente de celle nommée ci dessus devait le récupérer.
Aucun enfant ne quittera le centre sans cette autorisation.

Je soussigné..... tuteur légal de l'enfant.....
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicalement justifiée, notamment tout examen, toute intervention justifiée par l'état de l'enfant, y compris l'anesthésie générale.

DATE

SIGNATURE