

ENFANT

Nom : Prénom : Sexe :
 Date de naissance : Ecole :
 Bus départ : Retour : N° enfant CAF : N° UFCV :
(Vérifier sur bon caf, selon département)
 Autorisé à rentrer seul(e) : (Oui Non) - Assuré : (Oui Non) - Repas : (Avec porc Sans porc - poisson Végétarien) - Brevet natation : (Oui Non)
(* Rayez les mentions nulles)

Médecin traitant :			Tél :	
* Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates	Antituberculeuse (BCG)	Autres vaccins <small>(Nom du vaccin et date de vaccination)</small>
- Du DT poilo			Date 1er vaccin :	
- Du DT coq			Date revaccination :	
- Du Tétracoq			Antivaricelle	INJECTIONS DE SERUM <small>(Nature du serum et date d'injection)</small>
- D'une prise folio			Date 1er vaccin :	
RAPPELS			Date revaccination :	

(Si l'enfant n'est pas vacciné, notez ci-dessous la cause)

Maladies contractées par l'enfant :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otitis	Asthme	Rougeole	Oreillons

Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, allergies, hospitalisation, opération, rééducation)

Indiquez ci-dessous vos recommandations

Indiquez ci-dessous si l'enfant suit un traitement et précisez lequel

NON	OCCASIONNELLEMENT	OUI	NON	OUI
<small>L'enfant inquiet-il son lit (Cochez la case correspondante)</small>			<small>S'il s'agit d'une fille, est-elle reine (Cochez la case correspondante)</small>	

RESPONSABLE

Si le responsable est différent du père et de la mère, indiquez le lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Civilité :
 Adresse :
 Code postal + ville : Quartier :
 Téléphones Domicile : Bureau : Portable :
 Email : Départ. CAF : N° CAF :
(7 chiffres + 1 autre)
 Type de régime : N° autre régime :
 Centre de Sécu. : N° S.S. :
 Employeur : Profession : Mutuelle :
 Revenu mensuel * : N° Mutuelle :
(* Obligatoire selon le département)

MERE

* Si le responsable est la mère, ne pas saisir les renseignements ci-dessous

Nom : Prénom : Civilité :
 Adresse :
 Code postal + ville : Quartier :
 Téléphones Domicile : Bureau : Portable :
 Employeur : Profession :

PERE

* Si le responsable est le père, ne pas saisir les renseignements ci-dessous

Nom : Prénom : Civilité :
 Adresse :
 Code postal + ville : Quartier :
 Téléphones Domicile : Bureau : Portable :
 Employeur : Profession :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

SIGNATURE :