

LES FRANCAS DE HAUTE-SAONE  
ANTENNE LOCALE DE BELFORT  
5 rue Georges Koechlin – 90000 BELFORT  
Tél. : 09.72.83.52.23  
E-mail : secteur90@francas70.fr

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la  
Protection des Populations du Territoire de Belfort  
(DDCSPP)

Année 2020

ACCUEIL DE LOISIRS DE MEZIRE

## ENFANT

Nom – Prénom .....

Sexe : M  F  Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel : ..... Mail : .....

Ecole fréquentée : .....

L'enfant sait-il nager ?  oui  non Si oui, merci de fournir le brevet de natation

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  oui  non

Repas : standard  sans porc  alternatif

L'enfant présente-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités ?  oui  non

Si oui, lesquelles .....

L'enfant suit-il un traitement ?  oui  non

Si l'enfant suit un traitement, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) : .....

## PERE DE L'ENFANT

Nom – Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone personnel .....

Téléphone professionnel .....

Téléphone portable .....

Accepte de recevoir par mail :

- les factures  oui  non

- nos informations  oui  non

Adresse mail : .....

Employeur .....

Profession .....

## MERE DE L'ENFANT

Nom – Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone personnel .....

Téléphone professionnel .....

Téléphone portable .....

Accepte de recevoir par mail :

- les factures  oui  non

- nos informations  oui  non

Adresse mail : .....

Employeur .....

Profession .....

Caisse d'Allocations Familiales de rattachement : .....

N° Allocataire CAF : ..... QF : ..... N° Sécurité Sociale : / / / / / / / / / /

**PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :**

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	N° DE TELEPHONE

**VACCINATIONS :** joindre **obligatoirement** la photocopie des pages "Vaccinations" du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?**

<b>ASTHME</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ALIMENTAIRES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>MEDICAMENTEUSES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>AUTRES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

.....  
 .....

**SI L'ENFANT FAIT L'OBJET D'UN P.A.I,** merci de le fournir à l'équipe pédagogique.

**L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE ?** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). **Précisez les dates et les précautions à prendre** .....

.....  
 .....

**(si automédication, le signaler)**

**Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ? Précisez :**

.....  
 .....

\*\*\*\*\*

Nous soussignés ..... responsables de l'enfant .....

- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- Autorisons le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de notre enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) ;
- Nous engageons à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ;
- Autorisons notre enfant à participer à toutes les activités ;
- Autorisons notre enfant à rentrer seul (à partir du C.P.) :           oui            non
- Autorisons les FRANCAS à prendre des photos et vidéos de notre enfant durant les activités et à les utiliser à des fins promotionnelles :           oui            non

Date :

Signature des responsables légaux :