

**1 - ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

AGE : ..... GARÇON  FILLE

**2 - RECOMMANDATIONS UTILES POUR L'ÉQUIPE D'ANIMATION**

VOTRE ENFANT PORTE :  Lentilles  Lunettes  Prothèses auditives  
 Prothèses dentaires  Autre (préciser).....  
 S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui  Non

	OUI	NON	<u>PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA CONDUITE À TENIR</u> (si automédication le signaler)
ASTHMES			.....
ALLERGIE ALIMENTAIRE			.....
Autres informations importantes..... ..... .....			..... ..... .....

**3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom ..... Prénom.....  
 ADRESSE.....  
 .....  
 NUMEROS DE TELEPHONE :  
 Mère : Portable : ..... travail : .....  
 Père : Portable : ..... travail : .....

*Merci de cocher les cases suivantes.*

Je soussigné (e) , .....

déclare que les vaccins de mon enfant sont à jour.

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du centre de loisirs à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

donne mon consentement pour le recueil et le traitement des données personnelles dans le cadre d'une utilisation conforme au règlement général de la protection des données (RGPD) et la loi Informatique et Libertés. Les informations transmises sont confidentielles et utilisées uniquement par l'équipe d'animation pour assurer la sécurité physique de votre enfant.

Fait à : ..... Le : ..... Signature :