

6- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

• Votre enfant a-t-il des ALLERGIES? Alimentaires Médicamenteuses Autres

Préciser les causes de l'allergie et les *précautions à prendre*. (si automédication, le signaler) :

• Votre enfant a-t-il des difficultés de santé? Asthme Epilepsie Diabète Autres

Précisez la nature des difficultés de santé, les dates et les *précautions à prendre*:

Suit-il un traitement médical? oui non

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

• Autres recommandations médicales des parents (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires...) :

• Indiquez le nom, n° de téléphone et adresse de votre médecin traitant :

7- DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT

Afin de respecter la réglementation nationale des accueils de loisirs, vous devez nous fournir la photocopie des vaccins obligatoires ou un certificat médical signifiant que votre enfant est à jour des vaccins obligatoires. Si votre enfant n'a pas de vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication.

**VEUILLEZ JOINDRE A CETTE FICHE UNE ATTESTATION D'ASSURANCE EN COURS DE VALIDITE
(RESPONSABILITE CIVILE/ INDIVIDUELLE CORPORELLE)**

Je soussigné (e), Mme, Mr _____, responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par les centres de loisirs, les ALAE et les garderies Intercommunales du Pays de Mirepoix ; la prise de vue et la publication d'images de mon enfant, dans le but de promouvoir les activités des centres de loisirs, les ALAE et les garderies Intercommunales du Pays de Mirepoix.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les animateurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement des centres de loisirs, les ALAE et les garderies Intercommunales du Pays de Mirepoix.

Fait à _____ le _____

Signature du tuteur légal