

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Tél. domicile : .....

Portable père : ..... Portable mère : .....

Autre numéro de tél. (précisez la personne) : .....

NOM et adresse des parents : .....

Mail : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Allocataire CAF : ..... Quotient familial : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Tél. domicile : .....

Portable père : ..... Portable mère : .....

Autre numéro de tél. (précisez la personne) : .....

NOM et adresse des parents : .....

Mail : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Allocataire CAF : ..... Quotient familial : .....

V	<u>DT Polio /Tétracoq</u>	<u>Autres Vaccinations :</u>
a	1 <sup>er</sup> vaccin :.../.../...	BCG : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
C	2 <sup>ème</sup> vaccin :.../.../...	ROR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
C	3 <sup>ème</sup> vaccin :.../.../...	Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
i	Dernier rappel :.../.../...	Autre (précisez) : .....
n		

*Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :*

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

Je soussigné(e), ..... responsable de l'enfant,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise :

- Le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- L'utilisation par le centre, pour sa communication ou sa documentation, des photos prises lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant.

Date :

Signature :

V	<u>DT Polio /Tétracoq</u>	<u>Autres Vaccinations :</u>
a	1 <sup>er</sup> vaccin :.../.../...	BCG : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
C	2 <sup>ème</sup> vaccin :.../.../...	ROR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
C	3 <sup>ème</sup> vaccin :.../.../...	Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
i	Dernier rappel :.../.../...	Autre (précisez) : .....
n		

*Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :*

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

Je soussigné(e), ..... responsable de l'enfant,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise :

- Le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- L'utilisation par le centre, pour sa communication ou sa documentation, des photos prises lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant.

Date :

Signature :