



Cadre réservé à la direction

- Brassards
- Décharge
- Aisance

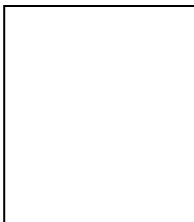


PHOTO D'IDENTITE

PAI : .....

### FICHE COMPLEMENTAIRE DE SORTIE – Inscription année 2021

NOM Prénom de l'enfant:.....

Date de naissance:.....AGE:.....

Adresse : .....

Code postal:..... Ville:..... Tél domicile:.....

Je soussigné(e) Père,Mère,Tuteur,..... autorise la directrice du centre de loisirs ou en son absence, la directrice adjointe à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer, à se servir de son véhicule personnel ou du minibus du centre de loisirs et transporter mon enfant en cas de nécessité, à lui administrer en cas de fièvre supérieure à 38,5° une dose de paracétamol en sirop en fonction de son poids et de son âge (l'administration du paracétamol est soumise à un avis médical (médecin, pharmacie, infirmière ..) pour les enfants de plus de 6 ans). **Poids de l'enfant.....kg.**

Responsabilité civile : Compagnie et N° du contrat:.....

Médecin traitant : Nom: .....N°tél: .....

**Père** Tél employeur..... Tél portable .....

**Mère** Tél employeur..... Tél portable .....

**Enfant:**N°SS..... Caisse: MSA-CPAM-Autre:.....

**PAI : PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE** : OUI–NON (joindre copie protocole complet)

L'enfant a -t-il déjà eu les maladies suivantes ? (barrez si non-entourez si oui): OTITE ANGINE  
 ASTHME COQUELUCHE OREILLONS RHUMATISME RUBEOLE ROUGEOLE VARICELLE  
 SCARLATINE. **Autres difficultés de santé en précisant les dates** : *maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, allergies, contre-indication alimentaire .....*

Recommandation(s) particulière(s) des parents concernant l'enfant :  
.....

**VACCINATIONS :DT POLIO Nom du vaccin + Date:**.....

1<sup>ère</sup> injection.....3<sup>ème</sup> injection.....

2<sup>ème</sup> injection.....4<sup>ème</sup> injection.....

Dernier Rappel.....**ou certificat de contre-indication médicale.**

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant à partir de 17h30 : père – mère – tuteur**

Nom prénom .....

Nom prénom .....

Nom prénom .....

Date et signature du Père :	Date et signature de la Mère :
-----------------------------	--------------------------------