

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Fille

Garçon

Taille : Poids :

Document à fournir impérativement :

Test d'aisance aquatique pour les enfants de 10 ans

CERTIFICAT MEDICAL DE :

- ❖ Non contre-indication à la vie en collectivité
- ❖ Non contre-indication aux activités physiques et sportives
- ❖ vaccinations à jour.
- ❖ Si votre enfant pratique une activité sportive au patronage (ex : basket, tennis de table, danse) merci de la faire noter par le médecin sur le certificat médical. (en mention en compétition).

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

*Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? X = oui

Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigüe <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>

Allergies : Asthme : oui non Alimentaire : oui non

Médicamenteuses : oui non Autres : oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...) Préciser les précautions à prendre :.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives...précisez :.....

N° de téléphone du médecin traitant (facultatif).....

Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél dom : Tél travail Port :

A qui téléphoner en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Tél dom : Tél travail Port :

Si impossibilité de joindre les parents, à qui confier l'enfant ?

Nom : Prénom :

Tél dom : Tél travail Port :

Je soussigné(e).....Responsable de l'enfant.....

Autorise les responsables du Patronage Laïque Municipal Sanquer

A prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et (cochez les cases ci-dessous)

L'autorise à se baigner

L'autorise à quitter seul(e) l'enceinte du patronage à la fin du Centre votre enfant doit avoir plus de 9 ans

Autorise Mme, Mr à prendre mon enfant.

Date

Signature