



Nom(s) de l'enfant : **Prénom(s) :**

Date de naissance : / / **Code(s) activité(s) :**/...../.....

Les informations communiquées ci-après ne remettent nullement en cause la participation de votre enfant aux journées et demeurent strictement confidentielles (seuls les responsables et les animatrices et animateurs en ont connaissance). Ce document est immédiatement détruit à la fin de l'activité.

❖ **Maladies**

Votre enfant souffre-t-il actuellement d'une ou plusieurs maladies (par exemple : asthme, diabète, épilepsie/convulsions, mycoses, verrues plantaires, affections cardiaques, pulmonaires ou urinaires, hyperactivité, hémophilie, etc.) ?

oui non si oui, laquelle/lesquelles ?

Suit-il un traitement régulier ?

oui non si oui, lequel/lesquels ?

❖ **Vaccinations**

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos (DiTéPer) durant ces cinq dernières années ?

oui non

Important : joindre impérativement **une photocopie du carnet de vaccination** de l'enfant.

❖ **Allergies**

oui non

Médicaments :

Aliments :

Autres substances :

❖ **Alimentation**

Votre enfant suit-il un régime particulier ?

oui non

si oui, lequel ?

→ Suite au verso

❖ **Besoins spécifiques**

oui non

Remarques :

.....

Si un projet d'accueil individualisé (PAI) a été établi avec le service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ) dans le cadre de l'école en raison d'un problème de santé chez votre enfant, merci de nous en remettre une copie.

❖ **Médicaments**

Votre enfant prend-il des médicaments ?

oui non si oui, lesquels ?

et pour quelle(s) raisons(s) ?

Merci de ne pas donner de pharmacie personnelle à votre enfant. Si il/elle doit prendre des médicaments durant le séjour, veuillez les remettre au responsable de l'activité, dans leur emballage d'origine, avec indication du traitement.

❖ **Personne atteignable en cas d'urgence**

Pour les participants vivant en institution, veuillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de la personne responsable de l'enfant pendant la durée des activités.

Nom(s) et prénom(s) :

Lien (parent, ami, voisin, éducateur, etc.) :

Adresse :

No postal et localité :

Tél. privé : Tél. prof. :

Portable :

❖ **Assurances**

Nom de l'assurance *maladie/accident* :

Nom de l'assurance *responsabilité civile* :

Je, soussigné(e), atteste que les informations indiquées sur ce document sont complètes et correctes.

Nom(s) : Prénom(s) :

Dates : / /

Signature :

ATTENTION !
À retourner impérativement complété et signé à l'OCCS avant
l'activité par voie postale et/ou électronique.