



FEDERATION DES ŒUVRES LAIQUES DE HAUTE-SAVOIE

3 avenue de la Plaine – BP 340 – 74008 ANNECY Cedex

☎ 04.50.52.30.00 Email : ufoval@fol74.org

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(à renvoyer par courrier ou mail à la FOL 74)

INSCRIPTION AVANT LE 1^{er} juin
(dans la limite des places disponibles)

CENTRE « LES PUISOTS »

Portes ouvertes

Nuit du 14 au 15 juin 2025

ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

Mail :

N° tél. fixe : N° tél portable :

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom-Prénom Tèl portable :

Personne qui récupérera l'enfant le dimanche matin à 11h (**avec une pièce d'identité**) :

Nom-Prénom Tèl portable :

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Hémophilus influenzae	
Ou Tétracoq				Autres (à préciser)	
				BCG	

Joindre **obligatoirement** la copie du carnet de vaccination **ou** les pages du carnet de santé relatives aux vaccinations **ou** une attestation du médecin en cas de contre-indications aux vaccinations

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	HEPATITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

L'enfant souffre-t-il des maladies suivantes :

ASTHME		EPILEPSIE		RHUMATISMES	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

L'enfant suit-il un traitement médical à prendre le 14-15 juin ? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'enfant a-t-il des réactions d'allergie ou d'intolérance (joindre protocole du médecin) :

✓ A certains médicaments ? Lesquels :
Conduite à tenir :

✓ A certains aliments ? Lesquels :
Conduite à tenir :

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

Lequel :

L'enfant souffre-t-il d'allergies respiratoires ?

Lesquelles :
Conduite à tenir :

Autres renseignements :

L'enfant fait-il pipi au lit ? OUI NON

L'enfant a-t-il effectué un voyage à l'étranger au cours des trois derniers mois ? si oui lequel :
.....

Indiquez ci-après les éventuelles difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc... Précisez :

.....
.....

Je soussigné/e,, responsable légal de l'enfant,

- ✓ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- ✓ autorise toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- ✓ accepte que les photos de mon enfant puissent être utilisées dans des parutions (presse locale, publicité, site internet...)
- ✓ autorise mon enfant à participer à toutes les activités du week-end.

DATE

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL