



HAGUE VACANCES LOISIRS  
3 rue de l'Eglise Ste Croix  
SAINTE CROIX HAGUE  
50440 LA HAGUE  
Tel : 02.33.10.21.21  
[haguevacancesloisirs@gmail.com](mailto:haguevacancesloisirs@gmail.com)

### FICHE ENFANT

#### Enfant

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Age : ..... Sexe :  Fille  Garçon

Email : .....

Téléphone : .....

#### Famille

M. et Mme  M.  Mme ..... N° allocataire CAF : .....

Adresse : ..... N° allocataire MSA : .....

..... Téléphone 1\* : .....

..... Téléphone 2\* : .....

..... \* pour les appels d'urgence

..... Assurance : .....

..... N° Police : .....

Situation familiale : ..... Nbre d'enfants à charge : .....

Responsable 1	Responsable 2
---------------	---------------

NOM Prénom : .....

NOM Prénom : .....

Adresse (si différente) :  
.....  
.....  
.....  
.....

Adresse (si différente) :  
.....  
.....  
.....  
.....

Né(e) le : .....

Né(e) le : .....

Téléphone 1 : .....

Téléphone 1 : .....

Téléphone 2 : .....

Téléphone 2 : .....

Email : .....

Email : .....

Profession : .....

Profession : .....

Société : .....

Société : .....

Téléphone pro : .....

Téléphone pro : .....

Autorité parentale :  oui  non

Autorité parentale :  oui  non

#### Divers

Sommeil	Habitudes
Activités	Notes

#### Autorisations

Autorisation	Oui/Non	Commentaire
APPLIQUER CREME SOLAIRE	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	.....
APPLIQUER MAQUILLAGE	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	.....
AUTORISER PHOTO DANS LE CENTRE	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	.....
AUTORISER PHOTO FACEBOOK	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	.....
AUTORISATION SITE INTERNET HVL	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	.....

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

NOM/Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Famille
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Personnes à contacter en cas d'urgence**

NOM/Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Famille
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Médecin traitant**

NOM du médecin	Adresse	Ville	Téléphone
.....	.....	.....	.....

**Vaccins**

Vaccins	Obligatoire	Date dernière vaccination	Prochaine vaccination
DT POLIO	oui	.....	.....
HEPATITE B	oui	.....	.....
MENINGOCOQUE GROUPE C	oui	.....	.....
PNEUMOCOQUE	oui	.....	.....
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE	oui	.....	.....

**Notes Médicales**

PAI :

Antécédents Médicaux	Commentaires - Hospitalisation