



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

Table with 6 columns: Vaccins Obligatoires, oui, non, Dates des derniers rappels, Vaccins recommandés, Dates. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, etc.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? Oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

RENSEIGNEMENTS SUR LES DIFFERENTS ACCUEILS DE L'ENFANT

Mon enfant fréquentera :

La restauration scolaire de l'école.....
Les accueils périscolaires du matin midi soir
Les études Oui – Non
Le centre de loisirs de.....
Nom et N° assurance scolaire /extrascolaire.....

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Les parents sont Célibataires Mariés Vie maritale
 Divorcés ou séparés (joindre une copie du jugement)
Exercice de l'autorité parentale Père Mère

N° allocataire C.A.F.....

Nom et Prénom du Père.....
N° C.P.A.M.....

Nom et Prénom de la Mère.....
N° C.P.A.M.....
Adresse du domicile familial.....
Téléphone.....Portable.....

Employeur du Père.....
Adresse.....
Téléphone.....Portable.....

Employeur de la Mère.....
Adresse.....
Téléphone.....Portable.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme
Autorise mon fils – ma fille.....

À participer à toutes les activités du Centre de loisirs y compris : la piscine, les sorties hors de la Commune (Quel que soit le moyen de transport utilisé).

J'autorise, en outre, la Direction de l'accueil de loisirs à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital par les pompiers.

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié et accepte la diffusion en interne de son image, sans but commercial : Oui – Non

J'autorise à prendre en charge mon enfant :

M ou Mme.....Téléphone.....
M ou Mme.....Téléphone.....
M ou Mme.....Téléphone.....
M ou Mme.....Téléphone.....
M ou Mme.....Téléphone.....

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à suivre le règlement intérieur des accueils périscolaires et de loisir.

Date :

Signature :