

SANITAIRE DE LIAISON - Accueil de Loisirs Intercommunal – 2014/2015

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de loisirs et les séjours de l'enfant.
Elle est à renouveler tous les ans au mois de septembre.

Cadre réservé à nos services

Certificat médical

Attestation de responsabilité civile

Règlement intérieur

I – IDENTITE CIVILE DE L'ENFANT :

GARCON FILLE

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ GROUPE SANGUIN (si connu) : _____

ECOLE FREQUENTEE et CLASSE : _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse: _____

Adresse Mail : _____ @ _____

PARENTS et Personnes autorisées à prendre mon enfant (ou non) :

PARENTS - Nom & Prénom	Téléphone Fixe	Téléphone Portable	Téléphone Bureau

Personnes autorisées - Nom & Prénom	Téléphone(s)

Personnes non autorisées - Nom & Prénom	Téléphone(s)

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

N° Sécurité Sociale : _____ Mutuelle : _____

CAF MSA Autres Numéro : _____

CAF PRO : OUI NON (possibilité de visualiser votre quotient familial sur le site internet de la CAF par nos services)

L'enfant peut-il rentrer seul à la maison ? oui non Photographie : oui non

II-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ Tél : ___/___/___/___/___

AUTORISATION d'hospitalisation et d'intervention médicale : oui non

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIE :

Asthme : oui non Médicamenteuse : oui non Alimentaire : oui non

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

Préciser les précautions à prendre en cas de DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, Accident, Crises Convulsives, Hospitalisation,) :

III- VACCINATIONS & MALADIES (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétra coq				BCG	

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

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (cocher la case correspondante)

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Lunettes : oui non Appareil dentaire : oui non

Je soussigné (e), _____ responsable légal de l'enfant _____,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs ou du séjour, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :