

FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

ANNEE 2016 à Août 2018 (à réactualiser chaque année)

(Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à votre demande en fin de séjour).

NOM DE L'ENFANT : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____

VACCINATIONS DE L'ENFANT (Se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Nom du vaccin	Date des injections	Vaccins recommandés	Dates des injections
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	_____	1° Injection :	Hépatite B	→
	_____	2° Injection :		→
	_____	3° Injection :		→
	_____	Autres :		
		Dernier rappel :	Rubéole, rougeole, oreillon	
BCG	_____	1° Injection :	Coqueluche	
	_____	2° Injection :		
	_____	Monotest :	Autres	

Si l'enfant n'a pas de vaccin, joindre un certificat de contre-indication.
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole			Otite			Rhumatisme articulaire aigü		
Varicelle			Rougeole			Oreillons		
Coqueluche			Angine			Scarlatine		

ALLERGIES : (cocher la réponse correspondante).

Asthmes oui non médicamenteuse oui non
Alimentaire oui non autres _____

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

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'allergie ou les difficultés de santé de votre enfant nécessitent-elles un PAI (projet d'accueil individualisé) oui non

NOM DU MEDECIN TRAITANT _____ Commune _____

Tél : _____

QF de l'année _____ ou dernier avis d'imposition : _____

Mise à jour 2017 : QF de l'année _____ ou dernier avis d'imposition : _____

Mise à jour 2018 : QF de l'année _____ ou dernier avis d'imposition : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes oui non Des lentilles oui non

Une prothèse auditive oui non Un appareil dentaire oui non

Votre enfant sait-il nager seul et sans bouée oui non

Votre enfant a-t-il une contre indication au sport oui non

Autre : _____ oui non

Remarque que vous souhaiteriez apporter : _____

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM _____ Prénom _____

Situation familiale (marié, vie maritale,...) : _____

Adresse : _____

Tel domicile : _____ Portable : _____

Profession Responsable légal 1: _____ Tel travail : _____

Profession Responsable légal 2: _____ Tel travail : _____

Email : _____

N° de sécurité social sous lequel l'enfant est couvert : _____

Percevez-vous des prestations familiales :

De la CAF : oui non N° allocataire _____

De la MSA : oui non N° allocataire _____

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant à partir de 17H00 au centre de loisirs ou à la descente du car **(les enfants ne pourront pas être confiés à une autre personne que celles indiquées ci-dessous sans autorisation écrite)** :

J'autorise mon enfant _____ à rentrer seul du centre de loisirs ou de l'arrêt du car à partir de 17h00.

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

J'atteste que le règlement intérieur du centre de loisirs m'a été remis ce jour et en accepte les conditions. J'ai été informé que le projet éducatif et pédagogique du séjour peuvent m'être remis sur simple demande.

J'ai été informé de l'intérêt à souscrire une assurance de personne ainsi que de l'obligation d'avoir une assurance responsabilité civile pour mon enfant. J'ai été informé que l'accueil des enfants ne peut se faire qu'à partir de 3 ans révolu **et uniquement** si l'enfant est scolarisé.

Fait à _____ Mise à jour à _____ Mise à jour à _____
Le _____ Le _____ Le _____
Signature Signature Signature

FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

ANNEE 2016 à Août 2018 (à réactualiser chaque année)

(Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à votre demande en fin de séjour).

NOM DE L'ENFANT : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____

VACCINATIONS DE L'ENFANT (Se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Nom du vaccin	Date des injections	Vaccins recommandés	Dates des injections
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	_____	1° Injection :	Hépatite B	→
	_____	2° Injection :		→
	_____	3° Injection :		→
	_____	Autres :		
		Dernier rappel :	Rubéole, rougeolle, oreillon	
BCG	_____	1° Injection :	Coqueluche	
	_____	2° Injection :		
	_____	Monotest :		
			Autres	

Si l'enfant n'a pas de vaccin, joindre un certificat de contre-indication.
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

	oui	non	oui	non		oui	non
Rubéole			Otite		Rhumatisme articulaire aigü		
Varicelle			Rougeole		Oreillons		
Coqueluche			Angine		Scarlatine		

ALLERGIES : (cocher la réponse correspondante).

Asthmes oui non médicamenteuse oui non
Alimentaire oui non autres _____

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

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. _____

L'allergie ou les difficultés de santé de votre enfant nécessitent-elles un PAI (projet d'accueil individualisé) oui non

NOM DU MEDECIN TRAITANT _____ Commune _____

Tél : _____

QF de l'année _____ ou dernier avis d'imposition : _____

Mise à jour 2017 : QF de l'année _____ ou dernier avis d'imposition : _____

Mise à jour 2018 : QF de l'année _____ ou dernier avis d'imposition : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il :
Des lunettes oui non Des lentilles oui non
Une prothèse auditive oui non Un appareil dentaire oui non
Votre enfant sait-il nager seul et sans bouée oui non
Votre enfant a-t-il une contre indication au sport oui non

Autre : _____
Remarque que vous souhaiteriez apporter : _____

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM _____ Prénom _____

Situation familiale (marié, vie maritale,...) : _____

Adresse : _____

Tel domicile : _____ Portable : _____

Profession Responsable légal 1 : _____ Tel travail : _____

Profession Responsable légal 2 : _____ Tel travail : _____

Email : _____

N° de sécurité social sous lequel l'enfant est couvert : _____

Percevez-vous des prestations familiales :

De la CAF : oui non N° allocataire _____

De la MSA : oui non N° allocataire _____

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant à partir de 17H00 au centre de loisirs ou à la descente du car **(les enfants ne pourront pas être confiés à une autre personne que celles indiquées ci-dessous sans autorisation écrite) :** _____

J'autorise mon enfant _____ à rentrer seul du centre de loisirs ou de l'arrêt du car à partir de 17h00.

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

J'atteste que le règlement intérieur du centre de loisirs m'a été remis ce jour et en accepte les conditions. J'ai été informé que le projet éducatif et pédagogique du séjour peuvent m'être remis sur simple demande.

J'ai été informé de l'intérêt à souscrire une assurance de personne ainsi que de l'obligation d'avoir une assurance responsabilité civile pour mon enfant. J'ai été informé que l'accueil des enfants ne peut se faire qu'à partir de 3 ans révolu **et uniquement** si l'enfant est scolarisé.

Fait à _____ Mise à jour à _____ Mise à jour à _____

Le _____ Le _____ Le _____

Signature _____ Signature _____ Signature _____