

SANITAIRE DE LIAISON - Accueil de Loisirs Intercommunal – 2017/2018

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.

Certificat médical **Cadre réservé à nos services** 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 : _____

CLASSE : _____

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

NOM - PRENOM	Téléphone Fixe	Téléphone Portable	Téléphone Bureau

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse Mail : _____ @ _____

Personnes autorisées à prendre mon enfant (autre que les responsables légaux) :

NOM - PRENOM	Téléphone(s)

Personnes non autorisées à prendre mon enfant :

NOM - PRENOM	Téléphone(s)

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

N° Sécurité Sociale : _____ Mutuelle : _____

CAF MSA Autres Numéro : _____

CAF PRO : OUI NON (autorisation donnée à l'Accueil de Loisirs, de visualiser votre quotient familial sur le site internet de la CAF)

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

Autorisez-vous l'accueil de loisirs à prendre des photos de votre enfant : 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 : (merci de nous prévenir si une allergie apparaissait dans l'année)

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
Diphthérie				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									

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 :