

Accueil de Loisirs d'ANICHE

Tranche d'âge : 3-5 ans 6-10 ans Préados/Ados

Juillet :

Août :

Nom :

Prénom : Sexe :

Age : Né(e) le :/...../..... Lieu.....

Adresse :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

Téléphone des parents : D'urgence :

Adresse Mail : L'enfant a- t-il sa propre carte d'identité :

N° de sécurité sociale : CMU : OUI NON

Médecin traitant : Téléphone :

Nom-Prénom du père :

Nom-Prénom de la mère :

Situation familiale des parents :

Nom(s)-Prénom(s) du ou des responsables de l'enfant :

Caisse d'Allocation Familiales de : Numéro d'allocataire :

Assurance responsabilité civile ou extrascolaire :

L'enfant fréquentera t'il la garderie ? : OUI NON

Si l'enfant prend le car, précisez le lieu de ramassage

1) Mairie 8H50 3) Café des Sports à 9H

2) Locatif 8H55 4) Cité Lestienne à 9H05

Je, soussigné(e), responsable de l'enfant..... l'autorise à pratiquer les activités mises en place par la structure, y compris la piscine.

Signature du responsable

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue afin de recueillir les renseignements médicaux qui pourraient être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle vous évite de vous démunir de votre carnet de santé.

VACCINATIONS :

ANTIPOLIOMYELITIQUE-ANTIDIPHTERIQUE-ANTITETANIQUE-ANTICOQUELUCHEUSE

	VACCINS PRATIQUES	DATES
Précisez s'il s'agit :		
Du DT POLIHO
Du TETRACOQ
HEPATIDE B
RUBEOLE-OREILLONS- ET ROUGEOLE
COQUELUCHE
RAPPELS

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	1 ^{er} vaccin Revaccination
ANTIVARIOLIQUE	Vaccin 1 ^{er} rappel
AUTRES

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases concernées)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS

DIFFICULTES DE SANTE ET ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ENFANT (allergies, autres) :

.....
.....
.....

INFORMATIONS /RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement ?..... Si oui, lequel :.....
En cas de traitement pendant le séjour, joindre l'ordonnance.

L'enfant suit-il un régime (médical, religieux ou autre) ? Si oui, lequel :.....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'intervention rendues nécessaires par l'état de l'enfant, sachant que, seuls les services de secours sont habilités à désigner le lieu de soins le mieux indiqué.

DATE :

SIGNATURE