



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	ENFANT
	Nom : _____
	Prénom : _____
	Date de naissance : ___ / ___ / ___
Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

1. VACCINATIONS

OBLIGATION de fournir la photocopie de la liste des vaccinations effectuées du carnet de santé de l'enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 en compte sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cocher la/les cases correspondantes)

- Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Scarlatine
 Oreillons Otite Rougeole Rhumatisme articulaire aigu

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ? (Cocher la/les cases correspondantes)

- Asthme Alimentaire Médicamenteuse
 Autre(s) :

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

Dispose-t-il d'un PAI (Protocole Alimentaire Individualisé) ? OUI NON

✓ Si oui fournir une copie du protocole

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des : Lunettes Lentilles Prothèses auditives

Prothèses dentaires Autre(s) :

Recommandations :

.....

.....

.....

Régime alimentaire spécifique (sans porc...) ? OUI NON

Si oui merci de préciser lequel :

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père (*Titulaire de l'autorité parentale*) :

Nom :

Prénom :

Portable :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Adresse pendant le séjour :

.....

.....

CP/Ville.....

Mail :

Mère (*Titulaire de l'autorité parentale*) :

Nom :

Prénom :

Portable :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Adresse pendant le séjour :

.....

.....

CP/Ville.....

Mail :

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription :

.....

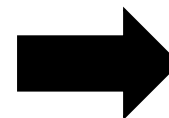
Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

5. AUTORISATION

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé l'enfant.

Fait à le / / Signature du responsable de l'enfant :



PRATIQUE D'ACTIVITÉS



Je soussigné(e), **responsable de l'enfant** nommé dans la fiche sanitaire ci-dessus,

- Autorise à pratiquer** l'ensemble des activités organisées **ET à utiliser les transports** mis en place pour les activités, en cas de refus merci de remettre un courrier précisant la nature des activités ne souhaitant pas être pratiquées.
- Autorise mon enfant **à rentrer seul**.
- N'autorise pas mon enfant **à rentrer seul** à la fin de l'activité.

Personnes autorisées ou interdites à venir chercher l'enfant inscrit aux activités Accueil de mineurs du CSC :

Interdit	Autorisé	Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Des modifications ou précisions peuvent être apportées en cours d'année. Il suffit d'en informer le secrétariat du CSC.

Fait à, le .../.../.....

Signature du responsable de l'enfant :