

Caisse d'allocation : CAF Numéros d'allocataire :

MSA Numéros d'allocataire :

Quotient familial :

Enfant

Nom et Prénom de l'enfant :

Adresse :

.....

Fille

Garçon

Date de Naissance :

Classe :

TPS/PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Responsable légal 1

Père

Mère

Autre (Précisez)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Commune :

Tel domicile :

Tel portable :

Tel travail :

Adresse Mail :

Responsable légal 2

Père

Mère

Autre (Précisez)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Commune :

Tel domicile :

Tel portable :

Tel travail :

Adresse Mail :

Autorisation parentale conjointe

Je soussigné(e) (Nom Prénom)

Responsable légal de l'enfant autorise mon enfant :

- A participer aux activités organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs.
- A participer aux activités nécessitant des déplacements qu'ils soient à pied, à vélo, en car ou en minibus.
- A être photographié ou filmé dans le cadre des Activités afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo, etc...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à la respecter.

J'autorise les personnes majeures désignées ci-dessous à chercher mon enfant en cas d'empêchement de ma part :

Nom/Prénom : Tel :

Nom/Prénom : Tel :

Nom/Prénom : Tel :

Ou à rentrer seul à la maison : (cochez la case)

Remarques éventuelles :
.....
.....

Mention « Lu et approuvé »
Date :

Signature du responsable légal 1: Signature du responsable légal 2 :

FICHE SANITAIRE de LIAISON 2020-2021

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités organisées.

Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou joindre une photocopie des certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** ? 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 sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler).

.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui non

.....

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....

4- MEDECIN TRAITANT :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :