



# Accueil de Loisirs

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANTS DE 4 à 14 Ans

Nom de l'enfant :

Prénom :

Domicile :

Date et lieu de naissance :

Nombre de frères et sœurs :

Téléphone	Père	Mère
N° Tél Domicile :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° Tél Travail :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------

N° Tél Portable :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------------------

Adresse Mail :

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATION DE SORTIE**

Nom et prénoms du père :  Profession :

Employeur :

Nom et prénoms de la mère :  Profession :

Employeur :

Domicile principal :

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement **oui**  **non**   
et conjointement de l'autorité parentale ?

Nom, Adresse et n° de Tél. de toute personne titulaire de l'autorité parentale :

Nom, Adresse et n° de Tél. du médecin à contacter en cas d'urgence :

N° de sécurité sociale	N° allocataire <b>CAF</b>	Assurance scolaire (dénomination)
	N° allocataire <b>M.S.A</b>	N° de contrat

Je soussigné M :  agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

➤ l'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (12h30)

**oui**  **non**

➤ les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

Nom et prénoms des personnes autorisées

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature du titulaire de l'autorité parentale :

Fait à , le   20. .

### **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Conformément à l'arrêté du 20 février 2003 les parents doivent communiquer les informations médicales suivantes :

- vaccinations obligatoires et/ou contre-indications (fournir une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccination ou attestation d'un médecin)
- antécédents médicaux ou chirurgicaux ou tout autre élément d'ordre médical susceptibles pour les parents ou le représentant légal du mineur d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour.
- Pathologies chroniques ou aiguës en cours. Ils pourront être amenés à fournir un certificat médical de « non contre-indication » suivant le type d'activité physique pratiquée.

Tout document contenant des informations médicales doit être joint à la présente fiche. Prière de compléter le document CERFA n° 10008\*02 qui suit.



L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 sans ordonnance.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :