



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 CAF	Assurance scolaire (dénomination)
	N° allocataire M.S.A	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 (17 h)

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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 :