



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance/...../..... Sexe : Féminin Masculin

Repas : Avec porc Sans porc Ecole :

Lieu de résidence : Parents : Mère : Père : Alternée : Autres :

| VACCINS OBLIGATOIRES POUR FREQUENTER LE CENTRE DE LOISIRS | | | | L'ENFANT A-T-IL CONTRACTE LES MALADIES SUIVANTES | | |
|---|-----|------|-----|---|-----|-----|
| VACCINS | OUI | DATE | NON | MALADIES | OUI | NON |
| TETANOS | | | | ANGINE | | |
| DIPHTERIE | | | | COQUELUCHE | | |
| POLIOMYELITE | | | | OREILLONS | | |
| COQUELUCHE | | | | OTITE | | |
| HEPATITE B | | | | ROUGEOLE | | |
| ROUGEOLE | | | | RUBEOLE | | |
| OREILLONS | | | | SCARLATINE | | |
| RUBEOLE | | | | VARICELLE | | |
| JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION | | | | RHUMATISME | | |
| | | | | ARTICULAIRE AIGU | | |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Nom du médecin traitant : Tél :

Votre enfant présente-t-il les pathologies suivantes :

- Allergies alimentaires : NON OUI Préciser :
- Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser :
- Asthme : NON OUI / Diabète : NON OUI / Epilepsie : NON OUI

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : NON OUI Si OUI nous fournir le Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre, en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs : NON OUI Préciser :

L'enfant suit-il un traitement régulier : NON OUI Préciser :

Autres indications utiles (port de lunettes, prothèse dentaires ou auditives, suivi spécialisé) :

.....
.....

MERE ou TUTRICE


NOM :


Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

 Travail :

 Perso :

N° Sécurité Sociale :

PERE ou TUTEUR

NOM :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

 Travail :

 Perso :

N° Sécurité Sociale :

En cas d'indisponibilité des responsables légaux, veuillez nous communiquer le nom et le numéro de téléphone du ou des personne(s) de confiance autorisée(s) à récupérer l'enfant au centre (Une pièce d'identité sera requise) :

NOM : Tél :

NOM : Tél :

DROIT A L'IMAGE

J'AUTORISE

JE N'AUTORISE PAS

Le personnel à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'accueil, à reproduire ou à diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusions, réseaux numériques interactifs ou non, tel qu'internet, par reproduction sur vidéogramme (DVD, CDROM), par support imprimable (presse écrite, journal de l'Association « Les échos » ou Aniche Actu).

DECLARATION DU RESPONSABLE

Je soussigné(e) Responsable légal du mineur déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineur à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'accueil et à être transporté en car, minibus ou transport en commun.

A Aniche le :

Signature (s) précédée (s) de la mention « Lu et approuvé »

PERE

MERE

TUTEUR