

ACCUEIL DE LOISIRS "SAMMERON"

2021 - 2022

OBSERVATIONS :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 PHOTO OBLIGATOIRE



2 PHOTOS OBLIGATOIRE
(pour les Maternels)

ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

Ecole fréquentée

RENSEIGNEMENTS PARENTS

Père / Mère

Père / Mère

NOM
Prénom
Tél. Domicile
Portable
Profession
Tél. Travail
E.mail

NOM
Prénom
Tél. Domicile
Portable
Profession
Tél. Travail
E.mail

Adresse :

Faites vous partie du



Régime Général



Régime Agricole (salariés exploitant, Crédit agricole) SNCF, EDF, GDF, RATP

N° Sécurité Sociale

N° Allocation Familiales

CENTRE DE LOISIRS DE SAMMERON AUTORISATION DU TUTEUR LEGAL

Je soussigné (e)

(Père, Mère ou tuteur légal) autorise mon fils, ma fille (Nom et Prénom).....

à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs, y compris :

les sorties hors de la commune (quel que soit le moyen de transport). Accepte que mon enfant soit photographié, filmé et que les centres utilisent les documents pour expositions, journaux, etc... dans un but non lucratif.

Ci-dessous indiquer les Noms et Prénoms des personnes qui sont autorisées à venir chercher mon enfant :

..... Tel :

..... Tel :

..... Tel :

..... Tel :

Attention toute personne autre que les parents est appelée à présenter une pièce d'identité (merci)

En cas d'urgence, prévenir : (non prénom, adresse, téléphone) :

Ayant pris connaissance du règlement intérieur, je l'approuve et m'engage à le respecter.
je certifie que les renseignements portés sur cette présente fiche sont exacts.

Fait à
le ,

lu et approuvé
SIGNATURE des Parents

RECTO

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : PRENOM :

GARCON

FILLE

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

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

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
ou DT polio				Autres(préciser)	
ou Tétracoq					

TOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si on joint 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 donné sans ordonnance.

DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES

ASTHME
ALIMENTAIRES

OUI NON
OUI NON

MEDICAMENTEUSES
AUTRES

OUI NON

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

INDIQUEZ CI APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

LUNETTES - REGIME ALIMENTAIRE - autres :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT (si autre que les parents)

NOM : PRENOMS :

ADRESSE :

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

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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 des Parents

VERSO