



Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :	
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE	Classe :

Lieu d'hospitalisation :	Nom du médecin traitant :	
Autorisation de rentrer seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorisation de filmer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nage-t-il <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-il assuré <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Fournir l'attestation assurance)	Assureur :	
Type de repas :	Allergie repas :	

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant

RESPONSABLE	Nom- Prénom :	
Adresse / Ville :		
Téléphone domicile :	Téléphone portable :	
Mail :	Téléphone professionnel :	
Employeur :	Profession :	
Situation familiale :		
CAF :	N° CAF :	Quotient :

PERE	Nom – Prénom :
Adresse / Ville :	
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Employeur :	Profession :

MERE	Nom – Prénom :
Adresse / Ville :	
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Employeur :	Profession :

Observations

Je soussigné(e)..... déclare :

- exacts les renseignements notifiés ci-dessus
- avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, du projet éducatif et du projet pédagogique et m'engage à les respecter
- autoriser la structure à consulter Cafpro et à archiver si nécessaire les données dans le dossier de l'enfant
- autoriser la structure à constituer un fichier informatique (Logiciel Noé) et l'utiliser dans le respect de l'article 27 chapitre IV de la loi informatique et liberté du 06 janvier 1978.

Fait à, le Signature :

ACTIVITES et SEJOURS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou au cours du 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.

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 AIGU 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALLERGIES MEDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALLERGIES ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Autres		

PRECISEZ 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 COMPLÉMENTAIRES (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 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. professionnel :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), 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.

Observations

Date :

Signature :