



**ACCUEIL DE LOISIRS DE SAINT VULBAS**  
1558 rue Claires Fontaines – 01150 St Vulbas  
04-74-61-51-87 – [clsh@mairiestvulbas.fr](mailto:clsh@mairiestvulbas.fr)

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 <b>(Fournir l'attestation assurance)</b>	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 :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT GARÇON  FILLE

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

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

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 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"/>	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**.

.....  
 .....

*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 :