



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON

FILLE

N° tel à composer en cas d'URGENCE :

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) et joindre une copie des 2 pages

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 ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON si oui précisez : _____

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des 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, ni sans P.A.I.

Si PAI alimentaire l'enfant apportera-t'il son repas ? OUI NON

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 non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, HANDICAP, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

REGIME ALIMENTAIRE :

sans restriction Sans viande Sans porc autre (préciser) :

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES,
...PRÉCISEZ toutes informations utiles

.....
.....

5 -RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....Résidant sur la commune de

NOM.....PRÉNOM.....Résidant sur la commune de

Numéro d'URGENCE à composer pour joindre un responsable pendant l'accueil de l'enfant :

Père : Mère : Autre personne (lien avec l'enfant) _____

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M. / Mme _____

Père - Mère - responsable légal de _____

Cochez ci-dessous les mentions que vous approuvez :

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires à l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical...).

J'atteste sur l'honneur que j'ai bien souscrit une assurance complète responsabilité civile couvrant tous les risques (extrascolaires) au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.

Je précise qu'il ne présente aucune contre-indication médicale ou autre pour participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs « Familles Rurales des Collines ».

J'autorise mon enfant, sous ma responsabilité, à regagner seul son domicile à la fin des activités.

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la sortie des activités :

- _____
- _____

J'autorise Familles Rurales à consulter mon QF sur site de la CAF (accès PRO)

J'autorise Familles Rurales à me faire parvenir des informations relatives à leurs activités par courrier électronique, à l'adresse suivante :

J'autorise Familles Rurales à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités proposées

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche / Signature :

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je, soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance du contenu du règlement de fonctionnement de l'ALSH (le demander si besoin) et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :

Pour l'année 20..... : mise à jour le :

Signature :

Pour l'année 20..... : mise à jour le :

Signature :

Pour l'année 20..... : mise à jour le :

Signature :