



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, DT polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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 le 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains 'OUI  NON

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours  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 COMPLEMENTAIRES (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- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, .....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.

Date :

Signature :

**INSCRIPTION ACM DU MERCREDI 2019-2020  
HORS VACANCES SCOLAIRES**

(Lieu : Ecole Les Pinèdes)

De 7h30 à 18h30

Accueil des enfants : de 7h30 à 9h00

Départ des enfants : de 17h à 18h30

[acm@lancon-provence.fr](mailto:acm@lancon-provence.fr)

N° famille

<b>Nom et prénom de l'enfant :</b>  <i>Nom et prénom du père :</i> <i>Tel :</i> <i>Nom et prénom de la mère :</i> <i>Tel :</i>  <b>Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :</b> <i>Nom et tel :</i> <i>Nom et tel :</i> <i>Nom et tel :</i>	<b>M</b>	<input type="checkbox"/> <b>MATERNELLE</b>
	<b>F</b>	<input type="checkbox"/> <b>PRIMAIRE</b>

Végétarien

Sans porc

PAI

Inscription au trimestre, cochez les mercredis ci- dessous

2e trimestre 2019-2020		Veuillez cocher les cases qui vous intéressent
Janvier 2020	Mercredi 8 janvier	
	Mercredi 15 janvier	
	Mercredi 22 janvier	
	Mercredi 29 janvier	
Février 2020	Mercredi 5 février	
	Mercredi 12 février	
Mars 2020	Mercredi 04 mars	
	Mercredi 11 mars	
	Mercredi 18 mars	
	Mercredi 25 mars	
Avril 2020	Mercredi 01 avril	
	Mercredi 08 avril	

**Date et signature du responsable légal :**