



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). pas de photocopie

Table with 5 columns: Vaccins Obligatoires, oui, non, Dates des derniers rappels, Vaccins recommandés, Dates. Rows include Diphthérie, 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 MÉDICAUX 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' and 'NON' with checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non AUTRES

PRÉCISEZ 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- 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 :



Vacances ACM

N° famille

Février 2020

Adresse à utiliser pour les ACM :

acm@lancon-provence.fr

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

Végétarien

Sans porc

PAI

Attention ! Le nombre de places est limité et traité par ordre d'arrivée.

Les inscriptions se font uniquement auprès du service enfance jeunesse.

Aucune inscription par mail ou dans la boîte aux lettres ne sera prise en compte.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

Inscription	Sans mercredi	Avec mercredi
Semaine 1 : du 17/02 au 21/02		
Semaine 2 : du 24/02 au 28/02		

Je soussigné(e) M. /Mme

autorise mon fils – ma fille

A participer à :(rayer les mentions inutiles)

- Aux déplacements à pied – en minibus – en bus
- A être pris en photo ou en vidéo (qui pourrait être publiée presse ou web)

PIECES A FOURNIR :(sauf pour les enfants inscrits le mercredi au centre de loisirs)

- Copie des pages vaccination
- Copie de l'avis d'imposition 2018/2017
- Fiche sanitaire dûment remplie au verso

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur ACM et en accepter les conditions.

Date et signature du responsable légal :