



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 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' and 'NON' with checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES 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 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 VACANCES SECTEUR JEUNES

SEJOUR SKI A REALLON FEVRIER 2020

N° famille



- De 12 ans

+ De 12 ans

Nom et prénom de l'enfant :

Né(e) le :

Age :

MAIL OBLIGATOIRE :

N° tel père :

N° tel mère :

N° domicile :

N° pro père :

N° pro mère :

Personne à joindre en cas de besoin (hors parents) :

-
-

Je soussigné(e) Mr/Mme

autorise mon fils – ma fille

À participer au séjour de ski du lundi 17.02.20 au vendredi 21 février 2020 inclus.

- Aux accueils, activités, animations, veillées, tournois sportifs.
- Aux déplacements à pied – en minibus – en bus – train – voiture lors de sorties et/ou séjours en France ou à l'étranger
- Aux activités sportives et/ou ski – snowboard et autres activités sportives hivernales
- A être pris en photos (qui pourrait être publiée presse ou web)

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR UNE 1^{ère} INSCRIPTION

- Copie des pages vaccination
- Copie de la carte nationale d'identité de l'enfant
- Copie de l'avis d'imposition 2017/2018
- Copie du livret de famille et justificatif de domicile (-de 3 mois) pour les 1^{ère} demandes
- Fiche sanitaire dûment remplie au verso
- Copie carte vitale
- PAI

Merci de bien vouloir compléter OBLIGATOIREMENT le tableau ci-dessous :

Taille	Poids	Pointure	Niveau	Ski / snowboard

Fait à Lançon-Provence, le

Signature des parents