



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 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 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 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 ACM DU MERCREDI 2019-2020
HORS VACANCES SCOLAIRES**

N° famille

(Lieu : Ecole Les Pinèdes)

De 7h30 à 18h30

Accueil des enfants : de 7h30 à 9h00

Départ de l'enfant à partir 17h00 jusqu'à 18h30

acm@lancon-provence.fr

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

Végétarien

Sans porc

PAI

Inscription pour tous les mercredis de l'année scolaire 2019-2020

Inscription au trimestre cocher les mercredis ci- dessous

1er trimestre 2019-2020		Veillez cocher les cases qui vous intéressent
Septembre 2019	Mercredi 4 septembre	
	Mercredi 11 septembre	
	Mercredi 18 septembre	
	Mercredi 25 septembre	
Octobre 2019	Mercredi 2 octobre	
	Mercredi 9 octobre	
	Mercredi 16 octobre	
Novembre 2019	Mercredi 6 novembre	
	Mercredi 13 novembre	
	Mercredi 20 novembre	
	Mercredi 27 novembre	
Décembre 2019	Mercredi 4 décembre	
	Mercredi 11 décembre	
	Mercredi 18 décembre	

Date et signature du responsable légal :