



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 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 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 2018-2019
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

| Troisième trimestre année 2018 - 2019 | | Veillez cocher les cases qui vous intéressent |
|---------------------------------------|---------------------|---|
| Avril 2019 | Mercredi 24 avril | |
| Mai 2019 | Mercredi 01 mai | férié |
| | Mercredi 08 mai | férié |
| | Mercredi 15 mai | |
| | Mercredi 22 mai | |
| | Mercredi 29 mai | |
| Juin 2019 | Mercredi 5 juin | |
| | Mercredi 12 juin | |
| | Mercredi 19 juin | |
| | Mercredi 26 juin | |
| Juillet 2019 | Mercredi 03 juillet | |

Date et signature du responsable légal :