



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 :



Vacances ACM

N° famille

Août 2021

Adresse à utiliser pour les ACM :

acm@lancon-provence.fr

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

Sans viande

Sans porc

PAI

Inscription	Sans mercredi	Avec mercredi
Semaine 1 : du 02/08 au 06/08		
Semaine 2 : du 09/08 au 13/08		
Semaine 3 : du 16/08 au 20/08		
Semaine 4 : du 23/08 au 27/08		
Semaine 5 : du 30/08 au 31/08		

Je soussigné(e) M. /Mme

autorise mon fils – ma fille

rayez les mentions inutiles :

- A participer aux déplacements à pied – en minibus – en bus
- A être pris en photo ou en vidéo (qui pourrait être publiée presse ou web)
- **Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur ACM et en accepter les conditions.**

PIECES A FOURNIR : (sauf pour les enfants inscrits en ACM le mercredi)

- Copie des pages vaccination
- Copie de l'avis d'imposition 2019/2018
- Fiche sanitaire dûment remplie au verso

Date et signature du responsable légal :