



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS

Je certifie que mon enfant respecte le calendrier vaccinal en vigueur pour intégrer l'activité collective.

ATTENTION : En application de la loi 2017-222 du 23/02/2017, les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018 sont tenus de respecter le nouveau calendrier vaccinal

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, il ne peut être accueilli au sein du groupe, sauf certificat médical de 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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : oui non

Si oui, à quoi ? _____

Fournir le P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours avec le protocole et/ ou la conduite à tenir AINSI que la touse pharmaceutique et les ordonnances.

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. PORTABLE _____, DOMICILE _____, PRO _____

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


PRE-INSCRIPTION ACM DU MERCREDI 2022-2023
HORS VACANCES SCOLAIRES

(Lieu : Ecole Les Pinèdes)

Accueil des enfants : de 7h30 à 9h00

Départ des enfants : de 17h00 à 18h30

acm@lancon-provence.fr


N° famille

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : Nom et prénom du RL1 : Tel : Nom et prénom du RL2 : Tel : Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : Nom et tel : Nom et tel : Nom et tel : Nom et tel : Nom et tel :	M	MATERNELLE <input type="checkbox"/>
		PRIMAIRE <input type="checkbox"/>
	F	Sans viande <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/>
		Prise en charge particulière (document à fournir) PAI <input type="checkbox"/> Notification MDPH <input type="checkbox"/>

INSCRIPTION À L'ANNÉE SEULEMENT

- ACM Mercredis journée complète
- ACM Mercredis ½ journée matin **sans repas**
- ACM Mercredis ½ journée matin **avec repas** (Départ à 13h30 précises)
- ACM Mercredis ½ journée après-midi **sans repas** (Arrivée à 13h30 précises)

PIÈCES À FOURNIR :

- Copie des pages de vaccination (avec nom et prénom de l'enfant)
- Copie de l'avis d'imposition 2021 sur les revenus 2020
- Fiche sanitaire dûment remplie au verso

Je soussigné(e) M. / Mme
autorise mon fils – ma fille

(rayer 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 / web)

Certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des temps municipaux et en respecter les modalités.

Date et signature des responsables légaux :