



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 MÉDICAUX 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  MÉDICAMENTEUSES 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 COMPLÉMENTAIRES (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

## Juillet 2022

Adresse à utiliser pour les ACM :

**acm@lancon-provence.fr**

<p><b><u>Nom et prénom de l'enfant :</u></b></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><b><u>Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :</u></b></p> <p><i>Nom et tel :</i> <i>Nom et tel :</i> <i>Nom et tel :</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>MATERNELLE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>PRIMAIRE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Sans porc</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Sans viande</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>PAI</u></p>
--	--

Inscription	Sans mercredi	Avec mercredi
<b>Semaine 1</b> : du 11/07 au 15/07 <b>*jeudi 14/07 férié</b>		
<b>Semaine 2</b> : du 18/07 au 22/07		
<b>Semaine 3</b> : du 25/07 au 29/07		

**Je soussigné(e) M. /Mme**  
**rayez les mentions inutiles :**

**autorise mon fils – ma fille**

- 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 2020/2019
- Fiche sanitaire dûment remplie au verso

**Date et signature du responsable légal :**