



Année 2012



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

N° d'allocataire :

GARÇON FILLE

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UNE ATTESTATION DE RESPONSABILITÉ CIVILE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou joindre une photocopie du carnet de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant 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.

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 AIGÛ 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 : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

Pour les enfants atteints d'allergies alimentaires, une procédure d'accueil spécifique doit être mise en place après étude du dossier médical par le médecin scolaire, le médecin traitant ou l'allergologue.

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

Préciser si l'enfant prend un repas sans porc.

L'ACCUEIL NE SERA EFFECTIF QU'À L'ISSUE DE CETTE PROCÉDURE !

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :





AUTORISATION PRISE DE PHOTOS

Dans le cadre de l'accueil de loisirs, des photos sont susceptibles d'être prises par les services de la Ville et notamment de l'équipe pédagogique, soit pour mettre en place une activité ou afin de constituer des supports d'information pouvant être réutilisés.

La réglementation concernant le droit à l'image des mineurs exige l'autorisation des deux parents (ou tuteurs).

Cette demande est valable pour l'année.

Nous, soussignés Mr Mme.....

autorisons les services de la ville à prendre des photos

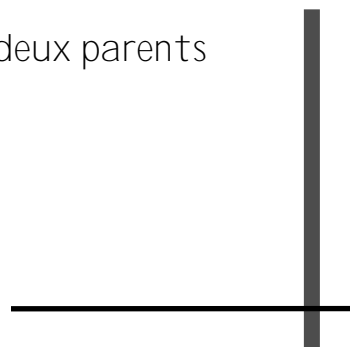
n'autorisons pas les services de la ville à prendre des photos

dans le cadre de l'accueil de loisirs.



Date :

Signature des deux parents



DECHARGE DE RESPONSABILITE - ANNEE 2012

Je soussigné(e), _____

Responsable de l'enfant : **NOM et Prénom** _____

AUTORISE mon enfant à partir seul de l'Accueil de Loisirs et décline toute responsabilité envers l'organisateur.

Oui Non
à partir de (heures) _____

AUTORISE le responsable de l'Accueil de Loisirs à laisser partir mon enfant en plus de moi-même avec les personnes suivantes :

NOM _____ Prénom _____
Adresse _____
Tél ____ _

NOM _____ Prénom _____
Adresse _____
Tél ____ _

NOM _____ Prénom _____
Adresse _____
Tél ____ _

NOM _____ Prénom _____
Adresse _____
Tél ____ _

Fait à _____ le _____

Signature des deux parents

