Fiche sanitaire de liaison

1 – **ENFANT :**
Nom : Prénom :
Date de naissance :
Garçon ☐ Fille ☐

2 - **VACCINATIONS**
(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	**Oui**	**Non**	**Date des derniers rappels**	**Vaccins recommandés**	**Oui**	**Non**	**Date des derniers rappels**
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, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique 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 **maladie**s suivantes ?

Rubéole	oui ☐ non ☐	Varicelle	oui ☐ non ☐
Angine	oui ☐ non ☐	Rhumatisme articulaire aigu	oui ☐ non ☐
Scarlatine	oui ☐ non ☐	Coqueluche	oui ☐ non ☐
Otite	oui ☐ non ☐	Rougéole	oui ☐ non ☐
Oreillons	oui ☐ non ☐		

L'enfant a-t-il des **allergies ?**
Asthme : oui ☐ non ☐
Allergies médicamenteuses oui ☐ non ☐
Allergies alimentaires oui ☐ non ☐
Autres :.....
S'il y a une allergie, précisez la cause de celle-ci et la conduite à tenir (si automédication lesignaler) :
.....
.....
.....

Indiquez ci-après les éventuelles **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, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. ? Précisez :
.....
.....

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**
Nom : Prénom :
Adresse :
Tél. fixe domicile : Tél. fixe travail :
Portable :
Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e), ...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 :

Avec le soutien de :

Fiche d'inscription
Accueil de loisirs vacances d'hiver 6/11 ans 2020 Noirétable

Cochez les activités souhaitées

Lundi 24 février
Jeux ☐
Repas ☐
Déco ☐

Mardi 25 février
Journée carnaval ☐

Mercredi 26 février
Jeux de rôle ☐
Repas ☐
Hockey ☐

Jeudi 27 février
Bricolage ☐
Repas ☐
Grand jeu ☐

Vendredi 28 février
Journée Col de la Loge ☐

Lundi 2 mars
Cuisine et jeux ☐
Repas ☐
Sport ☐

Mardi 3 mars
Activité manuelle ou jeux et patinoire ☐

Mercredi 4 mars
Grand jeu ☐
Repas ☐
Ciné gouter ☐

Jeudi 5 mars
Ateliers manuels / entrainements ☐
Repas ☐
Olympiade ☐

Vendredi 6 mars
Détente ☐
Repas ☐
Fête ☐

Autorisation parentale

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénom :
Adresse :
Tél. : Tél. à joindre pendant l'activité :
Mail :

Je soussigné(e) ……..…….. autorise le directeur de l'accueil de loisirs à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie. Si cela est possible, je souhaite la consultation du Dr…….. ou l'hospitalisation à ……
Votre enfant a t-il une **assurance individuelle accident** dans le cadre scolaire ?
oui ☐ non ☐
Si non, veuillez en souscrire une dans le cadre de l'accueil de loisirs.

A quel **organisme d'allocations familiales** êtes-vous adhérent ?
CAF ☐ MSA ☐ - N° allocataire :……
Autres : précisez……
J'autorise le directeur de l'accueil de loisirs à consulter mon dossier d'allocataire CAF : oui☐ non ☐

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la fin des activités :
……
……
……

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités
oui☐ non ☐
J'accepte que mon enfant soit photographié et que ces photos soient diffusées :
oui☐ non ☐
J'ai pris connaissance et j'accepte le règlement de fonctionnement du centre de loisirs (consultable sur www.loireforez.fr, le blog ou au centre)
oui☐ non ☐
Signature obligatoire d'un parent :

Avec le soutien de