Accueil de Loisirs de la Communauté de Communes des Montagnes du Haut-Forez

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	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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui ☐ non ☐
ANGINE oui ☐ non ☐
SCARLATINE oui ☐ non ☐
OTITE oui ☐ non ☐
OREILLONS oui ☐ non ☐
VARICELLE oui ☐ non ☐
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐
ROUGEOLE oui ☐ non ☐

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐
MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐
AUTRES.....

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

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.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
.....

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 :

Pour tous renseignements : Sylvain Fontvieille
Communauté de Communes des Montagnes du Haut-Forez
7 rue du Vimont 42440 Noirétable
Tél. : 04 77 24 99 78 - 06 77 07 05 26

Accueil de Loisirs de la Communauté de Communes des Montagnes du Haut-Forez

Cochez les activités souhaitées

Mercredi 06/11 : Cuisine ☐ Repas ☐

Ping pong ☐

Mercredi 20/11 : Poterie☐ Repas ☐

Danse ☐

Mercredi 27/11 : Bougies ☐ Repas ☐

Jeux ☐

Mercredi 04/12 : Puzzle☐ Repas ☐

Grand Jeu ☐

Mercredi 11/12 : Puzzle ☐ Repas ☐

Expression corporelle ☐

Mercredi 18/12 : Puzzle ☐ Repas ☐

Grand Jeu ☐

Autorisation parentale

Renseignements concernant l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : Tel lors de l'activité :

Mail :

Autorisation parentale : 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 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 ☐ Autres, précisez……..

N° allocataire :

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'accepte que mon enfant soit photographié et que ces photos soient diffusées oui☐ non ☐

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités. oui☐ non ☐

Signature obligatoire d'un parent

Pour tous renseignements : Sylvain Fontvieille
Communauté de Communes des Montagnes du Haut-Forez
7 rue du Vimont 42440 Noirétable
Tél. : 04 77 24 99 78 - 06 77 07 05 26