

**Renseignements généraux**

**ENFANT(S) :**

| NOM | PRENOM | DATE DE<br>NAISSANCE |
|-----|--------|----------------------|
|     |        |                      |
|     |        |                      |
|     |        |                      |

**RESPONSABLES LEGAUX :**

|                     | Responsable 1 | Responsable 2 |
|---------------------|---------------|---------------|
| Nom, prénom         |               |               |
| Adresse             |               |               |
| Email               | Mail n°1 :    |               |
|                     | Mail n°2 :    |               |
| Tél domicile        |               |               |
| Tél portable        |               |               |
| Profession          |               |               |
| Employeur et<br>tél |               |               |



Pour une correspondance facile et rapide entre l'équipe d'animation et la famille, merci de remplir tous les champs ci-dessus.

Au moins une adresse mail doit-être saisie !

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

CAF :  Doubs     Haute Saône     Autre : .....

N° d'allocataire (obligatoire pour tarification) : .....

Régime Sécurité Sociale:  Général     MSA     Autre : .....

N° Sécurité sociale : .....

Médecin de famille :

| Nom | Adresse | Tél |
|-----|---------|-----|
|     |         |     |

## FICHE DE DECHARGE

Je soussigné(e)..... autorise :

|   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Les responsables de l'accueil ados à présenter mon/mes enfant(s) à un médecin en cas de soins à donner d'urgence                            |     |     |
| Mon/mes enfant(s) pour le besoin des activités ados à se déplacer en voiture individuelle (responsable du centre) ou en transport collectif |     |     |
| Le centre de loisirs à photographier et utiliser l'image de mon/mes enfants   |     |     |
| Mon/mes enfant(s) à partir seul en fin d'activité ou à rester seul à l'arrêt de bus   |     |     |

### PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

| Nom Prénom | Lien de parenté | Adresse |
|------------|-----------------|---------|
|            |                 |         |
|            |                 |         |
|            |                 |         |
|            |                 |         |

Lu et approuvé

à ..... le ...../...../.....

**Signature(s) :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES |     |     | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
|                      | oui | non |                            |                            |       |
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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

## 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 ?

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <b>RUBÉOLE</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | <b>VARICELLE</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>ANGINE</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | <b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>SCARLATINE</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <b>COQUELUCHE</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>OTITE</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | <b>ROUGEOLE</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>OREILLONS</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                   |  |

**ALLERGIES:** ASTHME: oui  non   
ALIMENTAIRES: oui  non

**MÉDICAMENTEUSES:** oui  non   
AUTRES

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

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

*Je soussigné(e), .....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.*

Fait à.....

Le ...../...../.....

|               |
|---------------|
| Signature(s): |
|---------------|