Communauté de communes du clunisois

ACTIVITES et SEJOURS

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NUMERO DE PORTABLE DU JEUNE (facultatif) :___/___/___/___/___

GARÇON ❑ FILLE ❑

1 – VACCINATIONS (joindre une photocopie des pages vaccination du carnet de santé)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES ……

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

……

……

……

Si **P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

SI VOTRE ENFANT PORTE DES LUNETTES, DES LENTILLES, UN APPAREIL DENTAIRE, PROTHESES DENTAIRES, AUDITIVES…

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

……

……

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF)……

3 – AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES A NOUS COMMUNIQUER (problèmes particuliers autre que santé)

……

……

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

INFORMATIONS IMPORTANTES MERCI DE BIEN REMPLIR TOUTES LES RUBRIQUES

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Mère

Nom ……

Prénom……

Adresse……

CP – Ville……

N° de téléphone……

……

Père

Nom ……

Prénom……

Adresse……

CP – Ville……

N° de téléphone……

……

Adresse Mail :……..……..

Autre représentant légal

Nom ……

Prénom……

Adresse……

CP – Ville……

N° de téléphone……

N° Sécurité sociale de la personne qui assure la couverture sociale de l'enfant……

Assurance responsabilité civile pour votre enfant, compagnie d'assurance……

N° Police……

❑ C.A.F ❑ M.S.A. ❑ autre caisse N° ……

Pour les accueils du mercredi, vendredi:

☐ J'autorise mon enfant à quitter le local et à partir seul

☐ Je n'autorise pas mon enfant à quitter le local

☐ J'autorise le Service Enfance jeunesse à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique exclusivement pour l'illustration des activités du service (presse, blog et groupe facebook).

Si vous souhaitez recevoir des infos concernant le service Enfance Jeunsse, vous pouvez nous communiquer votre mail :……

Date : Signature :

Mise à jour :

Date : Signature :

Date : Signature :

Date : Signature :