

Communauté de communes du clunisois

ACTIVITES et SEJOURS

L'ENFANT	
FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ 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, PROTHÈSES 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

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Mère

Nom

Prénom.....

Adresse.....

CP - Ville.....

N° de téléphone.....

.....

Adresse mail.....

Père

Nom

Prénom.....

Adresse.....

CP - Ville.....

N° de téléphone.....

.....

Adresse mail.....

Si Autre représentant légal

Nom

Prénom.....

Adresse.....

CP - Ville.....

N° de téléphone.....

.....

Personne ayant la garde de l'enfant

Nom

Prénom.....

Rapport (famille, nourrice etc).....

Adresse.....

CP - Ville.....

N° de téléphone

.....

Personne autorisée à récupérer l'enfant (rapport) + n° téléphone :.....

.....

Si vous souhaitez que l'enfant rentre seul, merci de faire une décharge.

Personne à appeler en cas d'urgence si vous n'étiez pas joignable (rapport) + n° téléphone

.....

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

.....

Joindre l'attestation d'assurance responsabilité civile de votre enfant.

C.A.F M.S.A. autre caisse

N°

En cochant cette case, vous autorisez votre enfant à être pris en photo et que celle-ci-puisse être publiée (documents pédagogiques, expos relative au centre de loisirs et site de la communauté de communes).

Votre enfant fait-il encore la sieste ? Oui Non

Date :

Signature :

Ce document est valable pour l'année scolaire.
Merci de signaler tout changement lié à ce dossier.