

PHOTO



- ALSH MERCREDI
- ALSH PETITES VACANCES
- ALSH ETE
- PERISCOLAIRE MATIN
- PERISCOLAIRE SOIR



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2013/2014

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

N°allocataire CAF : _____ QF : _____

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
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 ? 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 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 MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 DOMICILE : MAIL :

PERE : PORTABLE : PROFESSIONNEL :

MERE : PORTABLE : PROFESSIONNEL :

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

.....

6 - AUTORISATION PARENTALE

Droit à l'image :

- J'autorise l'équipe d'animation de Villorceau à utiliser (site internet de la ville, bulletin municipal...) des images (photos ou films) de mon enfant prises au cours d'activités de loisirs.
- Je refuse que soient utilisées des images de mon enfant.

Départ de la structure :

- J'autorise mon enfant à quitter seul la structure à 17h.
- Je n'autorise pas mon enfant à quitter la structure seul, personnes habilitées à prendre l'enfant :

Mme, M qualité Téléphone

Mme, M qualité Téléphone

Mme, M qualité Téléphone

Personnes à contacter en cas d'indisponibilité des parents

Mme, M qualité Téléphone

Mme, M qualité Téléphone

Mme, M qualité Téléphone

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 et m'engage à régler tous les frais engagés en ce sens.

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

ALSH / 33 grande rue /45190 VILLORCEAU
Tel : 06 31 12 48 03 / 02 38 69 04 79 / villorceau.loisirs@hotmail.fr

OBSERVATIONS

.....
.....
.....