FICHE SANITAIRE DE LIAISON

De JUILLET 2016 à JUIN 2017

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux et administratifs qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle pourra vous être rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles. ***Photocopie du carnet de vaccinations OBLIGATOIRE.***

Date de création de la fiche: / /

ENFANT

Nom

Prénom

Date de naissance / /

Adresse

Classe et école actuelle

L'enfant fait-il la sieste ? ○ Oui ○ Non

L'enfant est-il nageur ? ○ Oui ○ Non

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? ○ Oui ○ Non

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

(Merci d'indiquer une personne autre que les parents)

Nom

Prénom

Lien avec l'enfant

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Taille de l'enfant

Poids de l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- ○ Rubéole
- ○ Varicelle
- ○ Angine
- ○ Rhumatismes
- ○ Scarlatine
- ○ Coqueluche
- ○ Otite
- ○ Rougeole
- ○ Oreillons

FAMILLE

○ Mariés ○ Vie maritale ○ Parent isolé
○ Parents séparés ou divorcés

Nombre d'enfants à charge

Bénéficiez-vous de l'aide aux temps libres de la CAF ?

○ Oui ○ Non

Si oui, quel est votre numéro d'allocataire ?

▶ PERE

Nom

Prénom

Profession

Employeur

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone travail

Courriel @

Adresse si différente de celle de l'enfant

▶ MERE

Nom

Prénom

Profession

Employeur

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone travail

Courriel @

Adresse si différente de celle de l'enfant

L'enfant est-il allergique ?

- Asthme: ○ Oui ○ Non
- Médicamenteuse: ○ Oui ○ Non
- Alimentaire: ○ Oui ○ Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

(si automédication, le signaler. Fournir obligatoirement le protocole écrit ou le justificatif médical en cas d'allergie alimentaire))

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre:

(Maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation...)

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?

○ Oui ○ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice), ainsi qu'une autorisation parentale écrite.

Nature du traitement suivi:

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance + autorisation écrite des parents

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Notez ici tout ce que vous pensez nécessaire que nous sachions:

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e):

Responsable légal de l'enfant:

○ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

○ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs.

○ Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la CCFL.

○ Autorise l'Accueil de Loisirs à utiliser les photographies où apparait mon enfant pour parution dans les supports de communication, sites Internet municipaux, intercommunaux, facebook ou autres (avec l'accord préalable de la direction)

○ Autorise le directeur de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant.

Nom du médecin traitant:

○ Et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions des médecins.

○ Atteste que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires.

○ Autorise à reprendre mon enfant à **la sortie de l'Accueil de Loisirs** la ou les personnes suivantes:

- Nom - prénom
  Lien avec l'enfant
- Nom - prénom
  Lien avec l'enfant

○ Autorise à reprendre mon enfant à **la sortie des TAP** la ou les personnes suivantes : (si autres que celles-ci-dessus)

- Nom - prénom
  Lien avec l'enfant
- Nom - prénom
  Lien avec l'enfant

Autorise mon enfant à repartir seul

○ Oui ○ Non

Autorise mon enfant à repartir avec son frère ou sa sœur

○ Oui ○ Non

Laventie, le:

Signature obligatoire des 2 parents: