

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
.....

Date de naissance :

..... Sexe :

Adresse :

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

Adresse Mail :

Personne à prévenir en cas d'urgence (nom, prénom, n° de téléphone) :

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

Médecin traitant (nom et n° de téléphone) :

.....
.....

VACCINATIONS : MERCI DE NOUS FOURNIR LES PHOTOCOPIES DES VACCINS DU CARNET DE SANTE
(Si l'enfant n'a pas de vaccins, joindre un certificat médical de contre – indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le centre ? Oui Non

Lequel

En cas de prise pendant les heures de présence au centre, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

ALLERGIES

Asthmes	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	
Alimentaires	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	Préciser.....
Médicamenteuses	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	Préciser.....
Autres	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	Préciser.....

Indiquer les problèmes de santé (maladie, accident, crise convulsives, opération, etc...), les contre-indications ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussignée, responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à le

Signature du représentant légal



Fiche Famille – Accueil de Loisirs

RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX) DE(S) ENFANTS(S)

Père

Mère

Nom et prénom de la mère :
.....

Adresse :
.....

Code postal et ville :
.....
.....

Téléphone :.....

Email :

Profession et adresse employeur :
.....
.....

Nom et prénom du père :
.....

Adresse :
.....

Code postal et ville :
.....
.....

Téléphone :.....

Email :

Profession et adresse employeur :
.....
.....

Situation familiale :

Marié(s) Concubinage(s) célibataire(s) séparé(s) garde alternée(s) veuf(ve)(s)

Régime :

CAF MSA Autre (précisez).....

N° allocataire CAF ou MSA :



Je soussigné(e)..... responsable légal de(s) enfant(s)

- Autorise les personnes suivantes à récupérer mon(mes) enfant(s) :
 -
 -
 -
- Autorise le transport de mon (mes) enfant(s) au cours des activités, en minibus, car ou voiture
- Autorise les responsables de l'accueil de loisirs ou de l'activité, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical : traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales.
- Autorise l'accueil de loisirs à reproduire des photos de mon (mes) enfant(s) :
 Oui Non
- Je déclare que mon(mes) enfant(s) est(sont) couvert(s) par une responsabilité civile individuelle ou familiale
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après le départ de l'accueil de loisirs

Fait à, le

Signature du ou des responsable(s) légal(aux),

