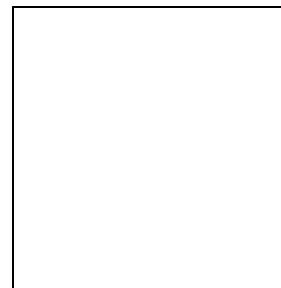


FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Période :
Service :
Lieu :



Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance : ___/___/____ Sexe : Masculin Féminin.....
Ecole fréquentée : Nom du médecin traitant (facultatif) :
No Dossier Famille :

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom: Prénom :
Adresse :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Téléphone professionnel :

No de SS :

CMU : Non Oui (pour les séjours joindre une copie de l'attestation de la carte vitale)

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

1. Nom-Prénom : 2. Nom-Prénom :
Tél fixe : Tél fixe :
Tél portable : Tél portable :

Noms des personnes susceptibles de prendre votre enfant en charge :

1. Nom-Prénom : 2. Nom-Prénom :
Tél fixe : Tél fixe :
Tél portable : Tél portable :

Je soussigné (e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de structure à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également tout agent d'encadrement désigné par le responsable du centre de loisirs, à récupérer mon enfant au centre hospitalier et à le reconduire au centre de loisirs. En outre,

- 1) Je m'engage à rembourser les frais médicaux et d'hospitalisation éventuelle avancés par les représentants de la Mairie,
- 2) J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Centre de Vacances,
- 3) J'accepte de régler les frais de retour de mon enfant lors des séjours dans le cas où il pourrait remettre en cause le bon fonctionnement par son comportement ou son attitude susceptible de mettre en danger sa propre sécurité physique ou morale ou celle des autres participants

A Vigneux sur Seine, le

Signature du responsable

VACCINATIONS

Poliomyélitique – Antidiphthérique – Antitétanique – Anti-coqueluche

Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour ? (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

DT POLIO : Oui Non

DT COQ : Oui Non

TETRACOQ : Oui Non

BCG : Oui Non

Autre vaccin (à préciser) :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez la case correspondante) :

RUBEOLE

VARICELLE

ANGINES

RHUMATISMES

SCARLATINE

COQUELUCHE

OTITES

ASTHME

ROUGEOLE

OREILLONS

Renseignements particuliers :

Indiquez ici les difficultés de santé, en précisant les dates et les précautions à prendre : (maladies, accidents, **PAI**, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations, ...) :

Allergies : ASTHME* Oui Non

ALIMENTAIRES* Oui Non

AUTRES

*un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) devra être fourni.

L'enfant mange-t-il du porc ?

OUI

NON

Pour les séjours :

Indiquez : **la taille**.....cm **la pointure**..... **le poids**.....

Actuellement l'enfant suit-t-il un traitement ? OUI NON Si oui lequel.....

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.)

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Autorisation de diffusion d'images (*) OUI NON

(*) Autorise la ville de Vigneux sur seine et ses mandataires dans le cadre des activités réalisées au sein des accueils de loisirs péri et extrascolaires et les séjours de vacances à photographier, reproduire, présenter, exposer et publier les photographies de mon enfant. Cette autorisation remplace et annule les précédentes décisions.

En cas de changement d'adresse, de téléphone etc., il est **IMPERATIF** de prévenir la direction des accueils de loisirs et l'accueil du Pôle Enfance/Education