



Pôle Culture Jeunesse
Service Municipal Enfance Jeunesse
Ville de Mandeuve

Assurance

Vaccinations

Autorisation Photos

Règlement

L'ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2018 / 2019**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

..... : N° Sécurité Sociale : N° CAF

Mail :

OUI / NON

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE. Père : Rue.....CP.....Ville.....

ADRESSE. Mère : Rue.....CP.....Ville.....

N° Tél : Père :

Mère :

Mon enfant viendra SEUL ou ACCOMPAGNE (Nom).....

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

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? 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.

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (voir protocole)

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4 – AUTORISATION

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

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 seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

Acceptation du règlement pour l'année 2018 / 2019
Vacances scolaires : Automne, Hiver et Printemps.

Le présent règlement est disponible sur demande et en consultation auprès du coordinateur.

Je soussigné(e) :

Père, mère, tuteur, représentant légal (rayer la ou les mentions inutiles).

Nom Prénom.....

Déclare avoir pris connaissance avec mon enfant :.....

En classe de.....

Du règlement intérieur ci-joint, en accepter les termes et m'engage à les respecter.

A :..... Signature des parents

Le :..... précédée de la mention »lu et approuvé «

NB : aucun enfant ne pourra être accepté au sein de ces accueils sans retour de ce document signé et approuvé dans sa globalité.

