



**Pôle Culture Jeunesse**  
**Service Municipal Enfance Jeunesse**  
**Ville de Mandeuire**

Assurance

Vaccinations

Autorisation Photos

Règlement

L'ENFANT

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2020 / 2021**

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                       MEDICAMENTEUSES                      oui  non   
ALIMENTAIRES                      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 2020 / 2021**  
**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.