



ACCUEIL DE LOISIRS DE L'AMICALE LAIQUE DE ST BRIEUC
ECOLE DU GRAND CLOS
Année scolaire 2018 - 2019

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - L'ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ Garçon Fille

Etablissement scolaire:..... Classe suivie

2 - VACCINATION

VACCINS	OUI	NON	Dates	VACCINS	OUI	NON	Dates
Antituberculeuse B.C.G.				Tests Antituberculiniques			
Antipoliomyélique Antidiphtérique Antitétanique Anticoclucheuse Antihaemphilus Antihépatite B				Antirougeoleuse Antirubéolique Antiourlienne Autres vaccinations			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Suit-il un traitement médical quotidien ? Oui Non

Doit-il prendre des médicaments pendant la journée ? 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)

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RUMATHISME ARTICULAIRE AIGU OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
 ALIMENTAIRE oui non AUTRES

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

REGIMES ALIMENTAIRES : oui non Si oui, préciser lequel :

Indiquer ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc (précisez).

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

5 - RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE DE LA FAMILLE

Père - mère - tuteur

Nom et prénom :

Profession :

Profession du conjoint :

Adresse :

N° de téléphone : Fixe Portable travail

Mail :

Adresse de la caisse de Sécurité Sociale :

N° d'assuré

Autorisez-vous une autre personne à venir chercher votre enfant : oui non

Nom, prénom, adresse et téléphone de cette personne :

.....

Prévenir le centre en cas d'imprévu

6 - DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

(Cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le (s) responsable (s)).

Je soussigné(e), responsable du participant déclare :

- 1 Exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- 2 Autoriser le responsable du centre à prendre, le cas échéant, sur avis médical, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale).
- 3 Autoriser le responsable du centre à utiliser les photographies de mon enfant afin d'illustrer divers documents relatant la vie du centre de loisirs (magasine, dépliant, affichette, affiche, presse locale, etc...).
- 4 **M'engager à inscrire et régler ma participation financière mensuelle chaque mois.**
- 5 Autoriser mon fils - ma fille - mon (ma) pupille :
 - A participer à toutes les activités du centre de loisirs.
 - A rentrer seul à la maison : le midi partir de 12H00
oui non
 - le soir à partir de 17H30
oui non

Fait à _____ le _____

SIGNATURE

Précéder de la mention « Lu et approuvé »