

Accueil de Loisirs de l'Amicale Laïque de Saint-Brieuc
École du Grand Clos
2021-2022



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - LE MINEUR

NOM : Prénom :

Date de naissance : ___/___/____ Garçon Fille

Établissement scolaire:..... Classe suivie

2 - PHOTOCOPIES FEUILLES DE VACCINATIONS ET MALADIES DU CARNET DE SANTÉ :

(A FOURNIR. SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES,
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION)

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Poids : kg, Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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)

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSE oui non

ALIMENTAIRE oui non AUTRES

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateur et la conduite à tenir.

RÉGIMES 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'IDENTITÉ DE LA FAMILLE

Responsables du mineur

Responsable n°1	Responsable n° 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. travail :	Tél. travail :
Tél. portable :	Tél. portable :

Mail :

Adresse de la caisse de Sécurité Sociale :

N° d'assuré

Nom et tél. du médecin traitant :

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 mineur déclare :**

- ✓ Exactes les renseignements portés sur cette fiche.
- ✓ Autoriser le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, sur avis médical, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale).
- ✓ **M'engager à inscrire et régler ma participation financière mensuelle chaque mois.**
- ✓ Autoriser le mineur:
 - A participer à toutes les activités du centre de loisirs.
 - A rentrer seul à la maison : le midi oui non
 - le soir oui non

Fait à _____ le _____

SIGNATURE

Précéder de la mention « Lu et approuvé »