



Accueil de loisirs de SUSSARGUES PERI ET EXTRA-SCOLAIRE

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

L'ENFANT Nom : Prénom :

Date de naissance : / / GARCON FILLE Classe :

N° de sécurité sociale..... Nom de l'assurance.....

N° de police d'assurance..... N° CAF :

CERTIFICAT MEDICAL (A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN)

Je soussigné(e) Docteur

Atteste que l'enfant : Agé(e) de

Est apte à la vie collective, à pratiquer toutes les activités de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement sur site ou lors des activités accessoires et qu'il est à jour de ses vaccinations.

Joindre la photocopie du carnet de santé avec inscription du nom de l'enfant (OBLIGATOIRE).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON L'enfant a-t-il un PAI en cours ? OUI NON

Si oui, pour quelle pathologie :

Joindre le PAI et ou une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE ET PRIS SANS ORDONNANCE.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (ENTOUREZ SI OUI)

RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ

SCARLATINE COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES : ASTHME/ ALLERGIES ALIMENTAIRES /ALERGIES MEDICAMENTEUSES / AUTRES
..... Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

INDIQUEZ CI APRES TOUTES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES EN COURS) :
.....
.....

Fait-le
A

SIGNATURE ETCACHET DU MEDECIN

A COMPLETER PAR LES FAMILLES

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.....PRECISEZ :

L'ENFANT A T'IL UN PAI EN COURS
POUR QUELLE PATHOLOGIE.....

RESPONSABLE LEGAL DU MINEUR

Dans le cas de séparation des parents, joindre jugement fixant les modalités de garde

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile..... portable travail

Profession

Père : domicile..... portable..... travail.....

Profession

Adresse mail :@.....

AUTORISATIONS :

(Merci de cocher les cases correspondantes)

J'autorise :

- À participer aux sorties
- Publier des photos (publications municipales)
- Mon enfant à rentrer seul

REGIME ALIMENTAIRE :

Oui/non (barrer la mention inutile) préciser lequel.....

Personnes autorisées à récupérer mon enfant : Une pièce d'identité sera demandée à la personne

Nom.....Prénom.....Téléphone.....lien de parenté.....

Nom.....Prénom.....Téléphone.....lien de parenté.....

Nom.....Prénom.....Téléphone.....lien de parenté.....

Nom.....Prénom.....Téléphone.....lien de parenté.....

Je soussigné(e) Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

DATE :

Signature :