



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 (boîtes 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 AIGÜ |
| 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

FICHE ENFANT

Enfant

Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Dossier actif _____
Photos autorisées _____ Sorties autorisées _____
Rentrer seul _____

Domicile

Adresse _____
Complément _____
Ville _____
E-mail _____
Téléphone _____

Monsieur

Nom/Prénom _____
E-Mail _____
Profession _____
Téléphone mobile _____
Téléphone bureau _____
Autorité parentale _____

Madame

Nom/Prénom _____
E-Mail _____
Profession _____
Téléphone mobile _____
Téléphone bureau _____
Autorité parentale _____

Medicales

Nom du médecin _____
Téléphone _____
Régime alimentaire _____
Vaccinations à jour _____ jusqu'au _____
Hospitalisation _____ PAI _____
Recommandations de la famille _____

Allocation

Nom de l'allocataire _____
Régime _____
Numéro allocataire _____

Assurance

Nom de la compagnie _____
Numéro de police _____

Inscription scolaire

Année scolaire _____
Ecole _____
Classe _____
Niveau _____

Inscription périscolaire

Structure _____

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom	Lien de parenté	Mobile	Domicile
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Signature des parents

Nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à nous y conformer.