MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant 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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ 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 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT(S)

NOM Prénom : _____ Date de naissance : _____

NOM Prénom : _____ Date de naissance : _____

NOM Prénom : _____ Date de naissance : _____

NOM Prénom : _____ Date de naissance : _____

RESPONSABLE LEGAL

NOM Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Tél fixe : _____ Portable : _____

Lien avec l'enfant : _____

N°allocataire : CAF : _____ Carte de loisirs : A - B

MSA : _____

Autre : _____

Profession : _____

DEPLACEMENT DE L'ENFANT

Autorisation d'arrivée seul(e) : OUI - NON
Autorisation de retour seul(e) : OUI – NON

<u>Personne (s) habilitée (s) à venir chercher l'enfant :</u>

_____N°téléphone : _____

_____N°téléphone : _____

_____N°téléphone : _____

AUTRE

Souhaitez-vous qu'il y ait une aide aux devoirs ? OUI - NON
(cette aide ne se substituant pas aux contrôles des parents)

Je soussigné(e) _____

Responsable légal de l'enfant _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ainsi que la fiche sanitaire et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales)

Fait à Le Signature

ALSH LES PETITS LUTINS

Le Bourg

50180 SAINT JEAN DES BAISANTS

Tél: 02.33.56.04.77

Mail : clshlespetitslutins@orange.fr

Utilisation de photos de votre enfant par l'accueil de loisirs

Dans le cadre de notre travail pédagogique, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants de l'accueil de loisirs (le site internet, dans les différentes publications et, éventuellement, à l'occasion de reportages télévisés). Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le talon ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de nom de famille (prénom seulement). Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

Nous soussignés : …….....

Responsables légaux de l'enfant : .....

.....

.....

Nous autorisons / nous n'autorisons pas* l'équipe de l'accueil de loisirs à utiliser, dans le cadre pédagogique (site Internet, publications, reportages) des photos de notre enfant prises au cours des activités.

* barrer la mention inutile

A ……, le ……

Signature des représentants légaux :