

RENSEIGNEMENTS – ENFANTS

NOM :		Prénom :	
<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille	<i>Recommandations sanitaires particulières précisées dans la fiche sanitaire de liaison.</i>	
Date de Naissance :		Age : ans	
Lieu de Naissance		Département :	

RENSEIGNEMENTS - RESPONSABLE LEGAL

NOM :		Prénom :	
Adresse :			
Code Postal :		VILLE :	
Téléphone (ou vous êtes rapidement joignable) :			
2 nd n° de téléphone (éventuellement) :			
ADRESSE MAIL (afin de recevoir toutes les infos centres de loisirs)			

RENSEIGNEMENTS - RESPONSABLE LEGAL - SUITE

Situation de Famille		Profession du père :	
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Employeur :	
<input type="checkbox"/> Vit maritalement	<input type="checkbox"/> Seul(e)	Profession de la mère :	
<input type="checkbox"/> PACS		Employeur :	
N° Allocataire CAF ou MSA :		N° de Sécurité Sociale du responsable légal : <i>(fournir une copie de votre attestation de sécurité sociale)*</i>	
ASSURANCE*		MUTUELLE*	
Organisme :		Organisme :	
Adresse :		Adresse :	
N° de contrat :		N° d'adhérent :	

* (fournir une copie de votre attestation d'assurance, de votre carte de Sécurité Sociale et de votre carte de mutuelle. Si votre enfant a participé à une précédente session d'un centre de loisirs du PERNOIS et que ces documents sont toujours d'actualité pour cette session, inutile de les transmettre de nouveau)

AUTORISATIONS et INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Je soussigné(e), _____
responsable légale de : _____

AUTORISE : (*veuillez cocher les cases correspondantes*)

Uniquement pour les enfants de moins de 6 ans :

mon enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre que s'il est accompagné de :

Nom – Prénom	Age	Lien de parenté.

Ou de tout autre personne, ne figurant pas sur cette liste, et pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation

Pour tous les enfants :

- à participer aux activités organisées par le centre de loisirs (transport compris)
- à participer aux mini camps (uniquement pour les centres de loisirs Eté)
- à voyager : en voiture individuelle, mini bus ou par moyen de transport collectif

Notre enfant : Sait nager Ne sait pas nager

Si exceptionnellement mon enfant devait sortir avant 18 heures, je m'engage à fournir une décharge de responsabilité au responsable du séjour

Nous autorisons les responsables des séjours à prendre notre enfant en photo, à être photographié par la presse, j'autorise l'utilisation des supports visuels ou audio sur lesquelles il figure pour les besoins de communication des centres de loisirs (reportages photo – film...)

Lu et Approuvé, à _____, le _____.

Signature du responsable légal (*précédée de son identité en toutes lettres*)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche, éditée par la Ministère de la Jeunesse et des Sports, inscrite au Code de l'Action sociale et des Familles, permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Il vous est demandé de remplir cette fiche avec précision – l'intégralité des renseignements peuvent nous être très précieux. Les renseignements portés sur cette fiche sont strictement confidentiels et ne seront utilisés que par le Directeur du séjour ou l'animateur en charge du suivi de votre enfant, si nécessaire.

* VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou fournir les photocopies

Toutefois, il est de votre responsabilité de nous faire connaître toutes modifications (même minime) concernant le suivi sanitaire de votre enfant et de nous transmettre les mises à jour concernant sa couverture d'assurance maladie et document d'assurance en responsabilité civile.

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				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.

* RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit 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 MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

Votre enfant mouille-t-il son lit ?

OUI NON
 Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

OUI NON

Veillez préciser les Coordonnées de votre médecin :

Dr

Adresse

Tel :

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

* ALLERGIES :

ASTHMES

Oui Non

MEDICAMENTEUSES

Oui Non

Précisez :

ALIMENTAIRE

Oui Non

AUTRES

Oui Non

Précisez :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto médication le signaler)

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

*** VEUILLEZ INDIQUER :** Les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie – accident – crises convulsives – hospitalisation – opération – rééducation) en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

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

*** RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :** Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires – **NOTIFIER EGALEMENT LES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES** (régime – contre indications – religieux -) ... etc... Précisez ...

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

CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL

Je soussigné (e),

Docteur

Certifie avoir examiné

M.

domicilié(e)

.....

et (prière de mettre une croix dans les cases prévues à cet effet)

n'avoir décelé aucune **affection physique, infectieuse ou mentale** incompatible avec l'accueil de mineurs.

avoir recherché des signes évocateurs de la tuberculose

avoir procédé au contrôle des vaccinations obligatoires et recommandées (T.polio, B.C.G, Hépatite B, R.O.R.).

ne présente aucune contre indication aux activités physiques et sportives, y compris activités physiques intensives.

indiquer le nombre de cases cochées

Fait à, le

Cachet et signature du médecin

AUTORISATION DU

RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné (e),

.....

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 chirurgical – anesthésie - ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Date :

Signature