



|                     |  |          |
|---------------------|--|----------|
| Nom de l'enfant :   | Prénom de l'enfant :   |          |
| Date de naissance : | <input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE | Classe : |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Lieu d'hospitalisation :   | Nom du médecin traitant :  |   |
| Autorisation de rentrer seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                           | Autorisation de filmer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nage-t-il <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Est-il assuré <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>(Fournir l'attestation assurance)</b> | Assureur :   |   |
| Type de repas :  | Allergie repas :   |   |

| Personnes à prévenir en cas d'accident | Personnes habilitées à récupérer l'enfant |
|--|---|
|  |   |
|  |   |
|  |   |

| RESPONSABLE                 | Nom- Prénom :                   |                  |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------|
| Adresse / Ville : .....     |                                 |                  |
| Téléphone domicile : .....  | Téléphone portable : .....      |                  |
| Mail : .....                | Téléphone professionnel : ..... |                  |
| Employeur : .....           | Profession : .....              |                  |
| Situation familiale : ..... |                                 |                  |
| CAF : .....                 | N° CAF : .....                  | Quotient : ..... |

| PERE                       | Nom – Prénom :             |
|----------------------------|----------------------------|
| Adresse / Ville : .....    |                            |
| Téléphone domicile : ..... | Téléphone portable : ..... |
| Employeur : .....          | Profession : .....         |

| MERE                       | Nom – Prénom :             |
|----------------------------|----------------------------|
| Adresse / Ville : .....    |                            |
| Téléphone domicile : ..... | Téléphone portable : ..... |
| Employeur : .....          | Profession : .....         |

|              |
|--------------|
| Observations |
|--------------|

Je soussigné(e)..... déclare :

- exacts les renseignements notifiés ci-dessus
- avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, du projet éducatif et du projet pédagogique et m'engage à les respecter
- autoriser la structure à consulter Cafpro et à archiver si nécessaire les données dans le dossier de l'enfant
- autoriser la structure à constituer un fichier informatique (Logiciel Noé) et l'utiliser dans le respect de l'article 27 chapitre IV de la loi informatique et liberté du 06 janvier 1978.

Fait à ....., le ..... Signature :

## ACTIVITES et SEJOURS

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

### 1 – 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                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou au cours du 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| RUBÉOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |  |
| SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                    | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

### ALLERGIES

|   |  |   |
|---|--|---|
| ASTHME<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ALLERGIES MEDICAMENTEUSES<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ALLERGIES ALIMENTAIRES<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Autres  |  |   |

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....  
.....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours OUI  NON  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI  NON

DES LUNETTES : OUI  NON  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI  NON  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI  NON  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. professionnel : .....

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

*Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

|              |
|--------------|
| Observations |
|--------------|

Date :

Signature :