

- Accueil périscolaire - Restauration scolaire
- Accueil de Loisirs Toussaint S1
- Accueil de Loisirs Hiver S1 S2
- Accueil de Loisirs Printemps S1 S2
- Accueil de Loisirs Eté S1 S2 S3 Camping

QF 09/21 :

QF 02/22 :

2021-2022

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F
 Né(e) le : _____ Lieu de naissance : _____ Classe : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Régime sans porc P.A.I. Allergie : _____

ADULTES

RESPONSABLE 1

N° allocataire CAF 88 : _____

NOM : _____ Prénom : _____
 Autorité parentale : OUI NON Situation de famille : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____
 Courriel : _____
 Profession : _____ Employeur : _____

RESPONSABLE 2

N° allocataire CAF 88 : _____

NOM : _____ Prénom : _____
 Autorité parentale : OUI NON Situation de famille : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____
 Courriel : _____
 Profession : _____ Employeur : _____

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

ORGANISME : _____ Fonction : _____
 Autorité parentale : OUI NON Lien avec l'enfant : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Tél domicile : _____ Tél portable : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

AUTRE QUE LES PARENTS

| | |
|---|--|
| NOM : _____ | Prénom : _____ |
| Lien avec l'enfant : _____ | |
| <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence | <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant |
| Tél domicile : _____ | Tél portable : _____ Tél travail : _____ |

| | |
|---|--|
| NOM : _____ | Prénom : _____ |
| Lien avec l'enfant : _____ | |
| <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence | <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant |
| Tél domicile : _____ | Tél portable : _____ Tél travail : _____ |

| | |
|---|--|
| NOM : _____ | Prénom : _____ |
| Lien avec l'enfant : _____ | |
| <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence | <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant |
| Tél domicile : _____ | Tél portable : _____ Tél travail : _____ |

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : OUI NON Individuelle Accident : OUI NON
Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance : _____

AUTORISATIONS (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

J'autorise à photographier ou filmer mon enfant pour tous supports de communication :

OUI NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul à **17h30**, à la sortie de l'Accueil de Loisirs des **vacances scolaires** :

OUI NON

Fait à _____,

Le _____

Signature des parents :