



FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENT

À REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LA FAMILLE :

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les accueils de votre enfant.



* RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom, Prénom : Sexe :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Classe fréquentée : Nationalité :

* PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

<u>PERE</u> : <input type="checkbox"/> responsable de L'enfant	<u>MERE</u> : <input type="checkbox"/> responsable de L'enfant
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Domicilié :	Domicilié :
.....
C.P. : Ville :	C.P. : Ville :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél. Domicile : / / / /	Tél. Domicile : / / / /
Tél. Bureau : / / / /	Tél. Bureau : / / / /
Tél. Mobile : / / / /	Tél. Mobile : / / / /
e-m@il :	e-m@il :

* RENSEIGNEMENT ADMINISTRATIF :

N° de Sécurité Sociale :

<input type="checkbox"/> Régime Fonction Publique	<input type="checkbox"/> Régime Maritime
<input type="checkbox"/> MSA, EDF, SNCF, RATP	<input type="checkbox"/> Régime Général
Si Régime Général ou Fonction Publique ; n° allocataire CAF :	

* CONCERNANT L'ACCUEIL DE LOISIRS :

L'enfant est autorisé à quitter seul le centre : oui non

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en présentant une pièce d'identité :

Nom :	: / / / /
Nom :	: / / / /
Nom :	: / / / /
Nom :	: / / / /

*** RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :**

*** VACCINATION :**

- | | | | | |
|--|--------|----------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> DT polio | date : | rappel : | ANTITUBERCULEUSE (BCG) : | |
| <input type="checkbox"/> DT coq | date : | rappel : | DATES : | REVACCINATION : |
| <input type="checkbox"/> Tétracoq | date : | rappel : | ANTIVARIOLIQUE : | |
| <input type="checkbox"/> Une prise polio | date : | rappel : | DATES : | 1er RAPPEL : |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B | date : | rappel : | AUTRES VACCINS : | |
| | | | DATES : | RAPPEL : |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM : NATURE :

DATES :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT									
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :									
RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISME		SCARLATINE	
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

- Problème de santé (accidents, maladies, allergies, rééducation, contre-indication à des activités) :

- Médecin traitant : ☎ : / / / /

- L'enfant sait-il nager ? oui non

*** AUTORISATIONS PARENTALES :**

*** PHOTOGRAPHIES :**

Dans le cadre des activités que nous organisons avec votre enfant, nous pouvons être conduits à réaliser quelques photographies, individuelles et de groupe, pour alimenter nos archives et agrémenter certains documents de communication de notre accueil de loisirs. L'image de votre enfant est donc susceptible de paraître dans ses documents (presse, plaquette d'info, autres bulletins et expositions photos) *site web de la ville*)
En l'inscrivant dans notre centre de loisirs, vous acceptez de fait, cette éventualité.

vous n'autorisez pas la diffusion de l'image de votre enfant

Je soussigné(e) agissant en qualité de

* Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties de l'accueil de Loisirs.

* Autorise le Directeur du centre, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention jugée utile par le corps médical.

* Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.

Fait à,Le

Signature