

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :
oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location :
oui non

J'autorise l'Accueil de Loisirs de Veuzain sur Loire à utiliser et diffuser à titre gratuite des photographies et vidéos de leur enfant(s) dans les cadres suivants : activités manuelles, site internet de la commune, diaporama et articles publiés dans les journaux :
oui non

J'autorise l'enfant à quitter l'ALSH seul : oui non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que parents)

Nom	Prénom	Ville d'habitation	Téléphone	Lien de parenté

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Le représentant légal de chaque enfant certifie avoir souscrit une assurance (responsabilité civile) au nom de son enfant couvrant tout dommage causé à autrui, dégradation du matériel ou équipement.
- Le responsable légal s'engage à transmettre à la direction de l'Accueil de Loisirs toute mise à jour concernant cette fiche.

Jesoussignée,.....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.

Date :

Signature :



Accueil De Loisirs

Réservé à l'administration

APP ONZ CAF
ALSH HC MSA

2020-2021

Photo

Enfant

Nom : Prénom : Sexe : M / F
Téléphone de la maison : Classe :
Né(e) le : ... / ... / à
N° de sécurité sociale :

Famille

Nom de la famille :
Adresse de la famille : Ville :
Code postal :
Téléphone de la maison :
Régime social :
· CAF (n° d'allocataire) :
· MSA : vous devez nous fournir une attestation de quotient familial
Adresse mail :
Situation familiale (marié, pacsé...) :

Mère

Père

Nom :
Prénom :
Profession :
Adresse :

Téléphone travail :
Téléphone portable :

Nom :
Prénom :
Profession :
Adresse :

Téléphone travail :
Téléphone portable :

<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	L'ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

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

.....

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ?

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.

A titre indicatif l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

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 COMPLEMENTAIRES (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)

.....
