



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
GARÇON <input type="checkbox"/>		FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

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

Je soussigné,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 chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

FICHE INSCRIPTION ADOS 11/14 ans

Votre enfant

Nom.....

Prénom.....

Né(e) le..... Lieu de naissance..... Age.....

Responsable(s) légal(aux) père et/ou mère* Autre (préciser).....

Dont signataire du document ci-dessous :

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Tel domicile.....Tel mobile :.....

Tel autre.....Mail.....

Renseignements administratifs

Caisse d'Allocation Familiale de.....N° Allocataire.....

Adresse CPAM.....

N° SS couvrant l'enfant..... Quotient familial.....

N° police Assurance Compagnie d'Assurance

Droit à l'image :

J'autorise , je n'autorise pas la diffusion d'images de mon enfant pour l'année concernant la diffusion des programmes d'activités Ados, sur le site internet, le journal et la plaquette annuelle d'activités de l'association

Autorisation parentale :

Je soussigné(e).....responsable légal, atteste que mon enfant n'a aucune contre-indication médicale à la pratique des activités auxquelles je l'inscris à chaque période de vacances.

Je m'engage à signaler toutes les difficultés de santé et les précautions à prendre.

J'autorise mon enfant à participer aux différentes sorties organisées par la Maison Pour Tous dans le cadre des activités Ados pendant l'année.

J'autorise le responsable du groupe à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires en cas de besoin.

J'autorise mon enfant à quitter seul l'établissement à la fin de l'ALSH OUI NON

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH sur le site internet « mptdes2mures.com »

Fait à St Laurent de Mure, le

Signature :

NB : Les téléphones portables ne sont pas admis pendant les activités et sorties de l'ALSH, par respect de la personne et du bon déroulement des ateliers.

Difficultés de santé à signaler, recommandations

.....

.....

Régime alimentaire

