

NOM : Prénom : Ecole :

Date de naissance :/...../.....

Garçon

Fille



CAP LOISIRS
Centre de loisirs Intercommunal
Marcellaz-Albanais, Etercy,
Hauteville-sur-Fier, Vallières –sur-Fier

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
(Une fiche par enfant)

Cadre réservé à CAP LOISIRS

- Justificatif CAF
- Justificatif de domicile
- Vaccins
- Règlement Intérieur
- Assurance
- Frais de dossier
- Dossier complet

N° Allocataire CAF/MSA

Quotient..... (Joindre attestation)

1- RESPONSABLE DE L'ENFANT MERE PERE

NOM : Prénom :

Adresse.....

Portable : Tel domicile : Tel Pro :

Adresse mail

2- RESPONSABLE DE L'ENFANT MERE PERE

NOM : Prénom :

Adresse.....

Portable : Tel domicile : Tel Pro :

Adresse mail.....

Personnes habilitées à récupérer l'enfant (en plus des responsables légaux)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
			☎ :
			☎ :
			☎ :
			☎ :

Médecin traitant (facultatif)

NOM : Tél :

J'autorise CAP LOISIRS à Maquiller mon enfant oui non

J'autorise mon enfant à manger des gâteaux faits maison lors de divers événement (anniversaire par exemple) oui non

J'autorise l'utilisation d'image de mon enfant pour les supports de communication oui non

Je soussigné, (NOM, Prénom)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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel ?.....

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.

Si votre enfant dispose d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), merci de nous mettre obligatoirement le protocole, l'ordonnance ainsi que la trousse avec le traitement. (Dans emballage d'origine avec nom de l'enfant)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

L'enfant a-t-il les allergies suivantes ?

Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	si oui lesquelles ?
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	si oui Lesquelles ?
Autres	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	si oui Lesquelles ?

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

(Si automédication le signaler)

.....

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

L'enfant est-il malade en car ? oui non

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ?

Précisez :

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non

Type de repas :

Fiche à retourner accompagnée des pièces suivantes :

Un justificatif de domicile de moins de 3 mois

Copie de l'attestation de responsabilité civile ou assurance extrascolaire

ATTENTION: l'attestation doit couvrir votre enfant lors des activités extrascolaires

Copie des pages vaccinations du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).

Le cas échéant, un extrait de jugement concernant la garde de l'enfant

Le N° allocataire CAF/MSA avec un justificatif de quotient familial de moins de 3 mois.

Règlement intérieur signé