

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

## ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

**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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

## 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ?  OUI  NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des 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, ni sans P.A.I.**

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 AIGÛ 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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(e),.....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 :**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE 2019/2020 ACCUEIL  
DE LOISIRS « AMSTRAMGRAM » LE MESNIL SAINT DENIS

Nom de l'enfant .....  
Prénom de l'enfant : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu : .....  
École : .....  
Niveau scolaire : .....

**PARENTS - TUTEURS**

Père : Nom : .....  
Prénom : .....  
Mère : Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Commune : .....  
Tél domicile : ..... @mail : .....(Prévenir si changement d'adresse)  
Tél Professionnel du père : ..... Tél portable du père : .....  
Tél Professionnel de la mère : ..... Tél portable de la mère : .....

**ASSURANCES**

Le prestataire a souscrit un contrat d'assurance "Responsabilité Civile" dans le cadre de l'organisation de l'Accueil de Loisirs. Cette assurance ne couvre que la responsabilité du prestataire et de son personnel pour les dommages qu'ils pourraient causer à autrui. Nous demandons aux familles de contrôler la validité de leur assurance "Responsabilité Civile" et d'assurer leurs enfants à la pratique des activités extrascolaires.

**Nom de l'assurance** ..... **n° de police** :

..... (Merci de nous fournir une photocopie).

**N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché** : .....

**RÉGIME C.A.F**

La C.A.F demande aux organisateurs d'accueils de mineurs d'identifier les inscrits par nature de régime, afin de définir au mieux la prestation de service.

Merci de cocher le régime correspondant à votre affiliation

Régime général et fonctionnaire  Régime agricole  Autre régime

**AUTORISATIONS ET INFORMATIONS DIVERSES**

**Régime alimentaire sans porc** :  OUI –  NON

**Autorisation de baignade**

➤ Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités aquatiques ?  OUI –  NON

**Autorisation du droit à l'image**

Le représentant légal autorise  OUI  – NON

Le prestataire à réaliser des prises de vues photographiques ou vidéos sur lesquelles figure la personne inscrite, pendant le déroulement des activités du centre.

Il autorise le prestataire à utiliser librement ces photographies, sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation, pour leurs opérations de développement et de communication quelque soit le support (document de présentation, brochure, publications, site Internet, expositions ...).

Ces supports visuels ou vidéo ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à son image et/ou à sa réputation.

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant à l'Accueil de Loisirs :**

(Important, une pièce d'identité sera demandée)

Nom : .....Prénom : .....Tel : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tel .....

Nom : .....Prénom : .....Tel : .....

**Personne à prévenir en cas d'absence des parents :**

Mr, Mme : ..... Tel : .....

Adresse : .....

---

**MODALITÉS D'INSCRIPTION ET D'ANNULATION**

**Rappel : réservations annuelles ou périodiques obligatoires sur le portail famille BERGER LEVRAULT, via le site de la commune ou le site [charlotte-loisirs.fr](http://charlotte-loisirs.fr)**

*L'organisateur de l'accueil de loisirs emploie son personnel et commande les repas en fonction du nombre d'enfants inscrits. (Pour les possibilités de remboursement, consulter le règlement intérieur)*

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant

..... Déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature :

**Documents à fournir pour l'inscription chaque année scolaire même si renouvellement (Merci de ne pas agraffer les documents) :**

- L'attestation de connaissance du règlement intérieur dûment signée et complétée (en annexe)
- La fiche annuelle de renseignements (1 par enfant)
- La fiche sanitaire de liaison (1 par enfant)
- La photocopie des pages de vaccinations obligatoires (la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite)
- L'attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire
- La photo d'identité de l'enfant
- La photocopie du livret de famille à la page du ou des enfants
- P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) pour le ou les enfants concerné(s).



## Attestation de prise de connaissance du Règlement intérieur 2019-2020

---

Afin de nous garantir votre engagement dans le respect du règlement intérieur, veuillez nous retourner l'attestation de connaissance du règlement intérieur signée et la remettre à l'accueil de loisirs.

Je soussigné (e), Nom : .....Prénom.....

Père,  mère,  responsable légal, de, des enfants :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom : .....

Prénom:.....

Nom : .....

Prénom : .....

Fréquentant l'accueil de loisirs de la commune de.....

**Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et de l'accueil périscolaire et accepte Les modalités de fonctionnement y figurant.**

**Fait à ..... le .....**

Signature