

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM DE L'ENFANT :		PRENOM
DATE DE NAISSANCE :		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
ADRESSE :		
ECOLE FREQUENTEE :		CLASSE :
RESPONSABLE LEGAL : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE	PÈRE	MERE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse Mail		
PROFESSION		
NOM et ADRESSE DE L'EMPLOYEUR		
TELEPHONE TRAVAIL		
SITUATION FAMILIALE PARTICULIERE UTILE DE NOUS COMMUNIQUER (séparé, enfant placé....) :		
REGIME ALLOCATAIRE : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE : .....		NOM DE L'ALLOCATAIRE
CAISSE DE :		N° ALLOCATAIRE :
PERSONNE(S) AUTORISEE(S) à récupérer L'ENFANT (autre que les parents) avec téléphone :		
NOM DU MEDECIN :	REGIME ET CONTRE-INDICATIONS MEDICALES :	
TELEPHONE :	<input type="checkbox"/> SANS PORC <input type="checkbox"/> SANS POISSON	
ETS HOSPITALIER SOUHAITE :	<input type="checkbox"/> AUTRE : .....	
Je soussigné(e), père, mère, tuteur:		
<p>* <b>Déclare avoir pris connaissances</b> des modalités de fonctionnement des activités de l'ALSH et du règlement concernant le paiement des séjours, de l'ALSH, des accueils péri-scolaires, des études surveillées ou du restaurant scolaire,</p> <p>* <b>M'engage</b> à payer tous les frais d'inscription, d'adhésion, ainsi que les frais engagés pour mon enfant,</p> <p>* <b>Autorise</b> mon enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH autorisées par la réglementation (y compris transports et camping),</p> <p>* <b>Donne mon accord</b> pour que mon enfant bénéficie de l'encadrement périscolaire matin, midi et soir selon ses besoins, (enfants scolarisés à Commerson)</p> <p>* <b>Donne mon accord</b> pour que le personnel de l'association donne à mon enfant des médicaments sur prescription médicale</p> <p>* <b>Autorise</b> la prise de photographie (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant mon enfant dans le cadre des activités de l'ALSH ou des séjours de vacances,</p> <p>* <b>Donne l'autorisation sur la consultation de données sur le site CAFPRO,</b></p> <p>* <b>Autorise</b> la diffusion et la publication de photographies représentant mon enfant pour le site web du Centre Social, pour les programmes d'activité, pour un article de presse.</p>		

Fait à Chatillon sur  
Chalaronne, le :

SIGNATURE précédée de la mention "LU ET APPROUVE"



**1 - ENFANT**

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DATES ET LIEU DE 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.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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 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	VARICELLE		ANGINE		RUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE		
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>								
COQUELUCHE	OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS				
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 PARCÉLISANT 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES