



Fiche sanitaire de liaison

1. ENFANT

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PRÉNOM: _____ GARÇON FILLE

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"/>		ROR	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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 SUIV-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.

4. 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"/>	OTITE 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"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME 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.) :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

VOTRE ENFANT SAIT -IL NAGER ? Oui - Non

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Assistant familial

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père Mère Assistant familial

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

5. PERSONNE AUTORISÉE A REPRENDRE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

LIEN AVEC L'ENFANT : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

LIEN AVEC L'ENFANT : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____



33, rue de Saint Omer 62120 AIRE SUR LA LYS - 03.61.51.00.12

contact@espacesociocultureldelalys.com

LIEN AVEC L'ENFANT : _____

Y-A-T-IL UNE PERSONNE INTERDITE DE VISITE AUPRÈS DE L'ENFANT ? OUI – NON

Si oui : NOM : _____ PRÉNOM : _____

LIEN AVEC L'ENFANT : _____ (joindre la copie de jugement)

6. DÉPART DE L'ENFANT (plusieurs choix possibles)

- Mon enfant de plus de 8 ans repart seul
- Je viens chercher mon enfant Une tierce personne vient chercher mon enfant

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES CENTRE DE LOISIRS

*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.*

NOM DE L'ENFANT : _____

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL : _____

Je soussigné (e) avoie pris connaissance des points ci-dessous :

AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par le Lieu d'Accueil Petite Enfance ou le Centre Social. Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport. A _____, le _____ Signature :

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence. A _____, le _____ Signature :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale. A _____, le _____ Signature :

AUTORISATION DE PUBLICATION

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications. A _____, le _____ Signature :

AUTORISATION DE CONSULTATION

J'autorise l'Espace Socioculturel de la Lys à consulter mon compte CAF via le service CAF CDAP dans le cadre du dossier d'inscription et de facturation de mon enfant. Ce service nous permet d'accéder à votre quotient familial et à la composition de votre foyer uniquement.

Si vous ne nous y autorisez pas, merci de présenter une attestation de quotient familial lors du règlement.

En l'absence, le tarif le plus élevé sera appliqué.

A _____, le _____ Signature :