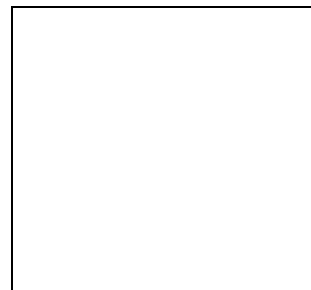




FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Période :
Service :
Lieu :

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : ___/___/____ Sexe : Masculin Féminin.....

Ecole fréquentée : Nom du médecin traitant :

No Dossier Famille :

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom: Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

No de SS : CMU : Non Oui (joindre une copie de l'attestation de la carte vitale)

Coordonnées de l'employeur :

Tél :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

1. Nom-Prénom : 2. Nom-Prénom :

Tél fixe : Tél fixe :

Tél portable : Tél portable :

Noms des personnes susceptibles de prendre votre enfant en charge :

1. Nom-Prénom : 2. Nom-Prénom :

Tél fixe : Tél fixe :

Tél portable : Tél portable :

Je soussigné (e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de structure à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également tout agent d'encadrement désigné par le responsable du centre de loisirs, à récupérer mon enfant au centre hospitalier et à le reconduire au centre de loisirs. En outre,

- 1) Je m'engage à rembourser les frais médicaux et d'hospitalisation éventuelle avancés par les représentants de la Mairie,
- 2) J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Centre de Vacances,
- 3) J'accepte de régler les frais de retour de mon enfant lors des séjours dans le cas où il pourrait remettre en cause le bon fonctionnement par son comportement ou son attitude susceptible de mettre en danger sa propre sécurité physique ou morale ou celle des autres participants

A Vigneux sur Seine, le

Signature du responsable

CADRE A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT*

VACCINATIONS

Poliomyélitique – Antidiphthérique – Antitétanique – Anti-coqueluche

Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour ?

DT POLIO : Oui Non

DT COQ : Oui Non

TETRACOQ : Oui Non

BCG : Oui Non

Autre vaccin (à préciser) :

Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez la case correspondante) :

RUBEOLE

VARICELLE

ANGINES

RHUMATISMES

SCARLATINE

COQUELUCHE

OTITES

ASTHME

ROUGEOLE

OREILLONS

Renseignements particuliers :

Indiquez ici les autres difficultés de santé, en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, ...) :

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé, les allergies, les P.A.I de l'enfant :

Cachet et signature du médecin

*ou fournir un certificat médical (pour le sport et les vaccinations)

L'enfant mange-t-il du porc ?

OUI

NON

Actuellement l'enfant suit-t-il un traitement ?

OUI

NON

Si oui lequel
(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.)

L'enfant mouille-t-il son lit ?

OUI

NON

Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

OUI

NON

Autorisation de diffusion d'images (*)

OUI

NON

(*) Autorise la ville de Vigneux sur seine et ses mandataires dans le cadre des activités réalisées au sein des accueils de loisirs péri et extrascolaires et les séjours de vacances à photographier, reproduire, présenter, exposer et publier les photographies de mon enfant. Cette autorisation remplace et annule les précédentes décisions.

Pour les séjours :

Indiquez : **la taille**.....cm

la pointure.....

le poids.....

Séjour Ski (Fournir livret ESF)

En cas de changement d'adresse, de téléphone etc., il est IMPERATIF de prévenir la direction des accueils de loisirs et l'accueil du Pôle Enfance & Scolarité.

- Accueils de Loisirs élémentaires

L. Pasteur: 01 69 40 10 11

- Le Château

: 01 69 03 24 20

- Accueils de Loisirs Maternels

L. Pasteur: 01 69 40 50 22

- Yves Duteil

: 01 69 83 83 79

- Pôle Enfance & Scolarité : 01 69 52 46 31 - 01 69 52 69 71