

Accueils Collectifs de Mineurs Municipaux
Sport-Vacances et Bois De La Pierre
FICHE SANITAIRE DE LIAISON



1- ENFANT

NOM : PRÉNOM :
Date de naissance : / / Age : __ __ Garçon Fille

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1 & Parent 2 Parent ① Parent ② Famille d'accueil Représentant(s) légal(aux)
Nom :Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
☎ Domicile : ☎ Portable ① : ☎ Portable ② :
Adresse mail : @
Nom et téléphone du médecin traitant :
N° de sécurité sociale du responsable : _ _ _ _ _
N° de matricule d'Allocations Familiales : _ _ _ _ _

3 - PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LÉGAL

Nom :Prénom :
Adresse :
☎ Domicile : ☎ Portable :

4 - VOLET MÉDICAL

Poids de l'enfant : kg Taille de l'enfant : cm (informations nécessaires en cas d'urgence).
Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.
.....
.....
Etes-vous bénéficiaire de l'AEEH : Oui Non Si OUI, prendre rendez-vous avec le directeur.
Allergies : fournir impérativement un certificat médical
Précisez la cause et les signes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler, fournir les médicaments avec l'ordonnance).
.....
.....
L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial? : Oui Non
Précisez lequel : sans viande sans porc sans sel sans sucre autres :
Asthme :
 Oui Non
Si oui : l'enfant doit-il avoir son médicament sur lui en permanence ? Oui Non
Si oui, indiquez le nom du médicament : (Fournir photocopie de l'ordonnance).



L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Si oui, cochez la période :

Hiver Printemps Juillet Août Automne

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant, avec notice. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes (entourez les maladies) ? :

Rubéole Angine Varicelle Rhumatisme Scarlatine
Asthme Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

VACCINATIONS

Fournir obligatoirement les photocopies du carnet de vaccinations à jour, avec le nom de l'enfant : antipoliomyélitique, antidiphthérique et antitétanique (Article L3111-2, Article L3111-3 et Articles R227 du Code de la Santé Publique).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

POUR L'ACCUEIL DE LOISIRS DU BOIS DE LA PIERRE

L'enfant fait-il la sieste ? : Oui Non Parfois

École fréquentée :

Classe/niveau :

GARDERIES : Victor Hugo (7H45/18H15) Bois de la Pierre (7H45/18H15)

Matin à partir de : __ H __ Soir jusqu'à : __ H __

ARRÊTS BUS : l'enfant est confié à l'équipe d'animation à l'arrêt coché ci-dessous, et remis le soir à ses responsables au **même arrêt**.

Bois de la Pierre Madeleine Piscine Vaux Angot Croix St Jacques

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement des accueils de loisirs de la Ville de L'AIGLE

- J'inscris mon enfant à l'accueil de loisirs et l'autorise à participer aux différentes activités et sorties (transports en minibus, en bus, à vélo, à pied...) proposées par l'équipe d'animation.
- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après la prise en charge effective des enfants par les animateurs.
- J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, et donne autorisation de soins au centre hospitalier le plus proche, de transférer, d'opérer, d'anesthésier ou de pratiquer tous soins nécessaires à la santé de mon enfant.
- J'autorise les organisateurs à réaliser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant, et à se servir des photos/vidéos comme support publicitaire pour les accueils, sans limite de temps.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Je déclare acquiescer le règlement intérieur (disponible en mairie).
- Je m'engage ainsi que mon enfant à respecter le protocole sanitaire en vigueur.
- Je déclare que mon enfant **sait nager** (sans aide matérielle) **ne sait pas nager**

J'autorise **Je n'autorise pas** mon enfant à repartir seul du Pôle Sportif Intercommunal ou d'un arrêt de bus.

Date :

Signature des responsables légaux de l'enfant :