ALSH
C.C.A.S COMMUNE DE BERLAIMONT

1

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	**ENFANT (écrire en majuscules)** NOM : _____ PRENOM : _____ Date de naissance : _____ Sexe : 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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
OuTétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre- indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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). Compléter et signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera administré sans cette autorisation écrite et signée, accompagné de l'ordonnance du médecin.

AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRISE DE MEDICAMENTS

Affection chronique ☐ Affection passagère ☐

Je soussigné(e) Monsieur, Madame……responsable légal de l'enfant…… autorise le directeur du centre de loisirs à donner les médicaments à notre fils -à notre fille durant la période du centre et selon les modalités stipulées sur l'ordonnance du médecin et je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Je reconnais que ces personnes acceptent de distribuer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité.

Je dégage le centre de toute responsabilité résultant de la distribution de médicaments.

Fait le

Signature du titulaire de l'autorité parentale

3

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
Coqueluche	**Otite**	**Rougeole**	**Oreillons**	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

Allergies : Asthme oui ☐ non ☐ Médicamenteuses oui ☐ non ☐

Alimentaires oui ☐ non ☐ Autres oui ☐ non ☐

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (certificat médical)

……

……

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 lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…..

Précisez**……**

……

L'enfant sait-il nager ? OUI ☐ NON ☐

Régime alimentaire* : OUI ☐ NON ☐ Si oui faire un PAI

5

Responsable légal de l'enfant :

NOM : ……PRENOM:…….

Adresse : ……

Tél Domicile (fixe ou portable) :……

Nom et téléphone du Médecin traitant : ……

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM…….PRENOM……

Adresse……

☏ Fixe, portable : ……

Médecin traitant : Docteur : …….. Tel :

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale ***sous anesthésie locale ou générale****) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date *Signature.*

ALSH
C.C.A.S COMMUNE DE BERLAIMONT

1

FICHE D'INSCRIPTION	**ENFANT (écrire en majuscules)** NOM : _____ PRENOM : _____ Date de naissance : _____ Sexe : Garçon ☐ Fille ☐

2

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT

PERE (tuteur, beau-père……)	MERE (tutrice, belle- mère……)
Nom :……	Nom :……
Prénom :……	Prénom :……
Adresse :……	Adresse :……
……	……
……	……
Tel :……	Tel :……
Portable :…….	Portable :…….
E-mail :……..	E-mail :…….
N° professionnel……	N° professionnel……
Profession :……	Profession:……
Employeur :……..	Employeur :……..
Adresse de l'employeur :……	Adresse de l'employeur :……

REGIME AFFILIATION SOCIALE : | régime général | fonctionnaire | MSA | autre |

ALLOCATAIRE CAF : OUI ☐ NON ☐ caisse CAF de :……

N° CAF :…….. QUOTIENT FAMILIAL :……

AUTORISATIONS

L'ENFANT PEUT-IL RENTRE SEUL OUI ☐ NON ☐

SI NON : PERSONNE(S) HABILITEE(S) A REPRENDRE LES ENFANTS

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone

3

ACTIVITES, SORTIES, DROIT A L'IMAGE

J'autorise mon enfant……..

À participer :

- A toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs oui ☐ non ☐
- A toutes les sorties proposées par l'accueil de loisirs oui ☐ non ☐
- A être pris(e) en photo ou filmé(e)pendant son séjour oui ☐ non ☐
- A faire circuler, auprès des familles fréquentant la structure, les différents supports des photos prises (site internet du centre) oui ☐ non ☐

5

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné M…… ……. Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs, et m'engage à m'y conformer.

Date et signature du ou des parents

Le……..

Signature

Depuis le 15 janvier 2017, l'autorisation de sortie de territoire est obligatoire (à télécharger sur*https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1359*).

L'enfant doit posséder une carte d'identité en cours de validité.