

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 administré sans ordonnance.

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire	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"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

- L'enfant a-t-il les allergies suivantes ?

Asthme oui non Médicamenteuses oui non Si oui, lequel :.....
Alimentaires oui non Autres :.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

(Si automédication le signaler)

.....

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

- L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

- L'enfant est-il malade en car oui non

3- RECOMMANDATIONS DES PARENTS

- Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.
Précisez :.....

- Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non
Type de repas :.....

Fiche à retourner accompagnée des pièces photocopiées suivantes :

N° sécurité sociale :

Nom et adresse de la mutuelle, date de validité (facultatif) :

Copie de l'attestation de responsabilité civile ou assurance extrascolaire

ATTENTION: l'attestation doit couvrir votre enfant lors des sorties sportives pratiquées hors du temps scolaire

Copie des pages vaccinations du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).

Le cas échéant, un extrait de jugement concernant la garde de l'enfant

Le N° allocataire CAF avec un justificatif de – 3 mois. (Valable du 1^{er} septembre 2017 au 30 août 2018, merci de nous signaler les changements)

Règlement intérieur signé

NOM : Prénom : Ecole :
Date de naissance :/...../..... Garçon Fille



CAP LOISIRS
Centre de loisirs Intercommunal
Hauteville-sur-Fier, Etercy
Marcellaz-Albanais et Vallières

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
(Une fiche par enfant)

Cadre réservé à CAP LOISIRS

- N° Sécurité sociale
- Mutuelle
- Justificatif CAF
- Vaccins
- Règlement Intérieur
- Assurance
- Adhésion
- Dossier complet

- N° Allocataire CAF oui non
Si oui N°:..... Quotient.....
Si non : Autres Régimes (ex : MSA).....
- Adresse mail :

1- RESPONSABLE DE L'ENFANT MERE PERE

NOM : Prénom :
Adresse.....
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. professionnel : Employeur/ adresse :
Profession :

2- RESPONSABLE DE L'ENFANT MERE PERE

NOM : Prénom :
Adresse.....
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. professionnel : Employeur/adresse :
Profession :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
:	
:	
:	
:	

- Médecin traitant (facultatif)

NOM :
Adresse : Tél. :

J'autorise CAP LOISIRS à Maquiller mon enfant. oui non

J'autorise mon enfant à manger des gâteaux faits maison lors de divers événement (anniversaire par exemple)
oui non

J'autorise l'utilisation d'image de mon enfant pour les supports de communication oui non

Nous autorisons } La directrice et son adjointe de l'accueil de loisirs à accéder au service CAF PRO
 Nous n'autorisons pas } internet pour consulter notre dossier d'allocataire si nécessaire.

Je soussigné, (NOM, Prénom).....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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : Signature :