



ACCUEILS DE LOISIRS DE MONTAURE

La ruche (Rue des forrières) ☎ 02.32.40.32.61.

Mail : clsh.montaure@seine-eure.com site web : <http://laruche27400.blogspot.com>



FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

Cette fiche est à remettre obligatoirement au responsable de la structure. Elle permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant, évite de vous démunir de son carnet de santé et nous permet de rester en contact avec vous.

ENFANT

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / A fille garçon

Adresse :

PERE

NOM et Prénom :

Adresse*

Tél domicile :

Tél portable :

Adresse mail :

Employeur

Profession

Tél professionnel

N° CAF :

Régime général autre :

MERE

NOM et Prénom

Adresse*

Tél domicile :

Tél portable :

Adresse mail :

Employeur

Profession

Tél professionnel

N° CAF

Régime général autre :

* si différente de l'enfant

Situation des parents : vie maritale – pacsé – marié – séparé – divorcé – veuf –célibataire

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

adresse de facturation

Nom et Prénom Téléphone d'urgence

Adresse complète :

Numéro de sécurité sociale :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT OU A CONTACTER EN CAS D'URGENCE APRES LES PARENTS

NOM, Prénom : Ville :

Lien avec l'enfant : Téléphone 1 :

NOM, Prénom : Ville :

Lien avec l'enfant : Téléphone 1 :

NOM, Prénom : Ville :

Lien avec l'enfant : Téléphone 1 :

J'autorise je n'autorise pas mon enfant à paraître sur des photos ou des bandes vidéo dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs (articles de journaux, exposition, activités manuelles ...)

J'autorise je n'autorise pas mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs.

... \ ...

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccins	Dernier rappel le	Vaccins	Dernier rappel le	Vaccins	Dernier rappel le
DT POLIO		ROR		DIPHTERIE	
BCG		COQUELUCHE		POLIOMYELITE	
HEPATITE B		TETANOS		TETRACOQ	

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

- Rubéole
 Rougeole
 Varicelle
 Oreillons
 Scarlatine
 Coqueluche
 Angine
 Rhumatismes articulaires aigües
 Otite

En cas d'allergie, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....

.....

.....

TRAITEMENT ALIMENTAIRE

- Pas de traitement spécial
 repas sans porc
 autre (précisez)

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les précautions à prendre.

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Lunettes, appareil dentaire, autres maladies...)

.....

.....

.....

MEDECIN TRAITANT :

Nom : Adresse : téléphone :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. Mme responsable légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, prise de température, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

signature :

