



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020

ACCUEIL DE LOISIRS :

1- ENFANT

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE :LIEU DE NAISSANCE.....

FILLE GARCON

N° SS DONT L'ENFANT DEPEND :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle sera détruite à l'issue de l'année 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (préciser) :	

En cas d'absence de carnet de santé (perte) fournir obligatoirement une attestation du médecin traitant stipulant que les vaccins sont à jours et que l'enfant peut être accueilli en collectivité.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui préciser lequel (joindre une ordonnance si nécessaire – aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance) :

.....
.....

Allergies : ASTHME Oui Non ALIMENTAIRES Oui Non

MEDICAMENTEUSES Oui Non AUTRES : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie :

.....
.....
.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

Infos Santé : Indiquez ci-après toutes les informations que vous jugerez utiles

.....
.....
.....
.....

Régime alimentaire : Oui Non

Si oui lequel : Préciser si PAI :

4- **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....
.....

Situation Familiale : Célibataire / Mariés / Pacsés Vie maritale / Séparés / Divorcés / Veuf (ve)

Parent 1 Nom : Tél domicile : Portable :

Parent 2 Nom : Tél domicile : Portable :

EN DEHORS DES PARENTS - PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

- Nom/Prénom/Tél :
- Nom/Prénom/Tél :

Je soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'hospitalisation de mon enfant dans l'établissement le plus proche, si son état le nécessite. J'autorise également mon enfant à pratiquer l'ensemble des activités proposées par l'association Anim' Elbeuf. J'autorise l'association à utiliser l'image de mon enfant sur tout support de communication (photo, vidéo ...)

Mon enfant peut rentrer seul à la fin des activités : Oui OU Uniquement en Fratrie

J'accepte de recevoir par mail les informations liées à ANIM ELBEUF : Oui

Votre adresse mail :

ELBEUF, Le/...../.....

SIGNATURE DES PARENTS

CADRE RESERVE A ANIM ELBEUF

QF : Traitée par :

Saisie Diabolo le : Par :