

CENTRE SOCIAL DE POUILLY

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022

NOM DE L'ENFANT : _____
PRENOM DE L'ENFANT : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
Garçon <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/>

- Accueil de Loisirs maternel (mercredis et vacances scolaires) Accueil périscolaire (garderies, pause méridienne, CLAS)
 Accueil de Loisirs primaire (mercredis et vacances scolaires)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps périscolaire et/ou d'accueil de loisirs de l'enfant. Elle sera détruite en septembre 2022.

Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année 2021/2022.

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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoque				Autres (préciser)	

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

Joindre une photocopie des vaccins.

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Allergies : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**. Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

RESPONSABLE LEGAL 1 DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____ TELEPHONE PROFESSIONNEL : _____

TELEPHONE DOMICILE : _____

ADRESSE POSTALE : _____

ADRESSE MAIL (valide et lisible) : _____

RESPONSABLE LEGAL 2 DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____ TELEPHONE PROFESSIONNEL : _____

TELEPHONE DOMICILE : _____

ADRESSE POSTALE : _____

ADRESSE MAIL (valide et lisible) : _____

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal)

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	N° DE TÉLÉPHONE
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :

Assurance de responsabilité civile (joindre une attestation)

Compagnie : _____ n° Adhérent : _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant (ou d'un représentant légal) : _____

AUTORISATIONS (cochez les autorisations souhaitées) :

- Utilisation et exploitation des photos/vidéos de mon enfant prises lors des activités à des fins pédagogiques et de promotion (Facebook, site internet, presse) ;
- Un membre de l'équipe d'animation a transporté mon enfant dans les véhicules du Centre Social de Pouilly ou dans un bus affrété.

Pour l'accueil de loisirs et le secteur ado :

- Mon enfant à rentrer seul après le temps d'activité à partir de 17h ;
- Mon enfant à quitter le secteur ado pendant une activité.

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité sur site à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :