

RENSEIGNEMENTS concernant L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ Sexe : Féminin Masculin

Lieu de naissance : ()

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT : Père, Mère, Tuteur

Nom et Prénom du responsable :

Adresse domicile :

Code postal : _____ Commune :

Tél. domicile : ___/___/___/___/___ Portable : ___/___/___/___/___ email :

Employeur :

Adresse :

Code postal : _____ Commune :

Tél. professionnel : ___/___/___/___/___

CONJOINT

Nom et Prénom du conjoint :

Adresse domicile :

Code postal : _____ Commune :

Tél. domicile : ___/___/___/___/___ Portable : ___/___/___/___/___ email :

Employeur :

Adresse :

Code postal : _____ Commune :

Tél. professionnel : ___/___/___/___/___

SITUATION PARENTALE

Préciser la situation : (Marié(e), Divorcé(e), autres)

Parents séparés : oui non

Si oui, qui a la charge de l'enfant ?

L'autre parent est-il autorisé à venir voir l'enfant ? oui non

Est-il autorisé à le prendre à la sortie ? oui non

Observations :

Autre personne autorisée à le prendre à la sortie :

..... (ne pas oublier de munir ces personnes d'une autorisation écrite)

Personnes à prévenir en cas d'accidentTél. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Entourer ou compléter le régime d'allocation correspondant :

CAF : n° _____

MSA : n° _____

AUTRE : _____

NON
ALLOCATAIRE

Je prends connaissance des horaires d'ouverture du Centre de Loisirs et je m'engage à les respecter :

- La garderie : 8 h 00 à 09 h 30 et 17 h 30 à 18 h 30
- Accueil : 09 h 30 à 17 h 30

- L'arrivée et la sortie des enfants s'effectueront du côté du parking, au portillon de la salle de motricité.

Pièces à joindre obligatoirement :

- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile
- ✓ Photocopie du carnet de vaccination

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) (nom, prénom)responsable de l'enfant (nom, prénom)déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche et *m'engage à signaler en cours d'année tout changement à la direction du centre de loisirs.*

ACTIVITÉS

Je soussigné(e) (nom, prénom)autorise mon enfant (nom, prénom)à participer aux activités organisées par le Centre de Loisirs ou/et en inter-centres.

PHOTOGRAPHIES

Je soussigné(e) (nom, prénom) autorise (cocher) OUI ou NON la prise de mon enfant (nom, prénom) en photographie, dans le cadre des activités du Centre de Loisirs de Les Trois Moutiers.

TRANSPORT DES ENFANTS

Les personnes responsables sont informées du transport de leurs enfants en cas de besoin : en mini-bus, bus ou le cas échéant en véhicule personnel.

ASSURANCES

Les personnes responsables des mineurs inscrits au Centre de Loisirs sont informées de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposés les enfants dans le cadre des activités auxquelles ils participent.

Date : ___ / ___ / ___
Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – ANNÉE 2024

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

I. ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : Garçon Fille DATE DE NAISSANCE : ____/____/____
 NAGEUR : NON OUI

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE -ANTIDIPHTERIQUE -ANTITÉTANIQUE –ANTICOQUELUCHE

Préciser s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
- Du DT polio				/	/
- Du DT coq				/	/
- Du Tétracoq				/	/
- D'une prise polio				/	/
- Hépatite B				/	/
- RAPPELS				/	/
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1 ^{er} VACCIN	/ / /	VACCIN	Dates	Vaccins	Dates
REVACCINATION	/ / /	1 ^{er} Rappel	/ / /		/ / /
	/ / /		/ / /		/ / /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE		DATES	
			/	/
		/	/	

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	DATES
	/ / /
	/ / /
	/ / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI
 SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

