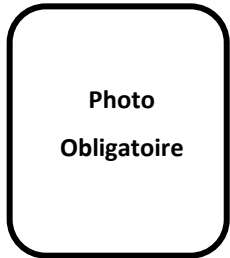







Ville de PERSAN
ACCUEIL DE LOISIRS
VACANCES
ELEMENTAIRE - MATERNELLE
ANNEE 2018 - 2019



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT	
	NOM:	_____
	PRENOM:	_____
	DATE DE NAISSANCE:	_____
	GARCON <input type="radio"/>	FILLE <input type="radio"/>
	VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE SCOLAIRE:	_____
N° D'ASSURANCE (Fournir Attestation) :	_____	
N° S.S :	_____	

RESPONSABLE DE L'ENFANT

→Situation Familiale : Marié(e) - Pacsé(e) - Vie maritale - Séparé(e) - Divorcé(e) - Célibataire

	RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM ET PRENOM		
 PORTABLE		
 TRAVAIL		
 DOMICILE		

VACCINATIONS : Fournir une copie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant

→Vaccins obligatoires : DT POLIO ≡ DATE _____

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : ASTHME oui non AUTRES:
ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles).
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT...) EN PRECISANT LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....
.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement).

- Votre enfant porte-t-il des lentilles: oui non
des lunettes * : oui non
des prothèses auditives * : oui non
des prothèses ou appareils dentaires * : oui non
**(au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)*
Votre enfant sait-il nager ? oui non





AUTORISATIONS

Je soussigné (e), M. et/ou Mme, *
*(*Indiquez votre nom)*

Autorise mon enfant à participer à toute activité et sortie organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs.
 oui non

Certifie que mon enfant est couvert en responsabilité civile au cas où il occasionnerait un dommage aux personnes et aux biens.
 oui non

Autorise les personnes nommées ci-dessous à venir chercher mon enfant:

- Nom et prénom: 
Nom et prénom: 
Nom et prénom: 
Nom et prénom: 

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

Ceci suivant les prescriptions d'un médecin, seul habilité à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature(s) du ou des représentants légaux