

FICHE DE LIAISON

ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Ecole fréquentée :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

PERE :

Nom, prénom:
Profession :
Employeur (nom, adresse et téléphone) :
.....
N° de Sécurité Sociale :
Adresse :
Téléphone Fixe : Portable :
Courriel (impérativement) :

MERE :

Nom, prénom:
Profession :
Employeur (nom, adresse et téléphone) :
.....
N° de Sécurité Sociale :
Adresse :
Téléphone Fixe : Portable :
Courriel (impérativement) :

PARENTS : Mariés ▪ Pacsés ▪ Divorcés ▪ Concubinage ▪ Célibataire ▪ Veuf ▪ Autre ▪ :

AUTRE PERSONNE OU SERVICE :

Nom :
Fonction :
Adresse :
Téléphone Fixe : Portable :
Courriel (impérativement) :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom	Lien (parent, ami...)	Téléphone

FRERES ET SCEURS

Nom	Prénom	Date de naissance

DOCUMENTS A FOURNIR

- Une photo d'identité de votre enfant
- photocopie du carnet de vaccinations
- Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités extra-scolaires + rapatriement.
- Attestation Temps Libre pour les bénéficiaires
- Attestation récente de quotient familial CAF ou MSA (**sans attestation facturation sur la tranche maximale**)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.
Elle évite de vous démunir du carnet de santé

ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Garçon Fille
Adresse :
.....

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone :

VACCINATIONS

(merci de joindre la photocopie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondant (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

Accueil de Loisirs de La Septaine
AVORD-BAUGY Année 2019/2020



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

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

ALLERGIES :

ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES (préciser) :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.)

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

Date :

Signature :

Communauté de Communes de la Septaine - ZAC Les Alouettes – 18520 AVORD

☎ 02 48 69 80 77 – Fax : 02 48 69 80 78 – e.mail : cclaseptaine@cc-laseptaine.fr