



A RETOURNER AU SERVICE ENFANCE/JEUNESSE AVANT LE 19 JUILLET 2019

(Mettre dans les boîtes fiches cantine/garderie)

Année scolaire et durée de validité de votre dossier : **2019 / 2020**


Concernant l'enfant

NOM	PRENOM
NE(E) LE	SEXE
ADRESSE	VILLE

Responsables de l'enfant

NOM ET PRENOM DU PERE

ADRESSE (si différente)


TELEPHONE 

MAIL

EMPLOYEUR TELEPHONE

NOM ET PRENOM DE LA MERE

ADRESSE (si différente)

TELEPHONE 

MAIL

EMPLOYEUR TELEPHONE

Situation parentale

Préciser la situation (Marié, Divorcé, 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 de l'accueil ? : OUI NON

Observations :

N'oubliez pas de nous tenir informé de toute modification survenue durant l'année scolaire

EN CAS D'ACCIDENT

Autorisez-vous le responsable de l'accueil à prendre les mesures nécessaires ?

OUI NON

SI OUI :

CLINIQUE OU HOSPITAL DE

MEDECIN TRAITANT

ADRESSE TELEPHONE



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, DT polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

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

Dotted lines for writing the cause of allergy and management.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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

ATTENTION ! :

L'enfant ne pourra en aucun cas être confié à une personne non mentionnée sur la liste ci-dessous (sauf si elle est en possession d'une autorisation écrite, datée et signée des parents).

Je soussigné(e) : _____

Représentant légal de l'enfant : _____

Demande de remettre à la sortie de l'accueil, l'enfant désigné ci-dessus, à :

Monsieur ou Madame	Adresse complète	téléphone	Lien *

*Si personne mineur (sauf pour les -6 ans), joindre une autorisation écrite.

LES ENFANTS AGES DE MOINS DE 6 ANS

Doivent obligatoirement être accompagnés d'un adulte (+18 ans), à la sortie de la garderie

Personnes à contacter en cas de besoin (retard, enfant malade, ...) :

Monsieur ou Madame	Adresse complète	téléphone	Lien

AUTORISATIONS

Joindre une autorisation de sortir seul pour les sorties de 17h15 et 17h50

J'autorise l'équipe d'animation à prendre mon enfant _____ en photo et la diffuser :

- Sur le site de la commune : OUI NON
Dans l'écho de la commune : OUI NON
Dans le bulletin de la commune : OUI NON

Pièces justificatives à fournir :

Une fiche sanitaire de liaison + photocopies des vaccinations,

Fait à, le201..

Signatures des parents :