



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Organisateur :

Association d'Animation du Beaufortain
Rue du Confluent
73270 Beaufort
Tél : 04 79 38 33 90
aabeaufortain@wanadoo.fr

ACTIVITES et SEJOUR / ANNEE CIVILE 2017

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL DOMICILE : Fixe...../ Portable..... TRAVAIL :

MAIL :

N°ALLOCATAIRE CAF OU MSA : QF :

NOM DE L'ASSURANCE : et n° d'adhérent :

2 - VACCINATIONS (joindre les photocopies du carnet de santé).

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

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou au séjour ? Oui non

Si oui lequel : et 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.**

A titre indicatif 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"/>	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
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

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

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

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

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

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :
(Joindre la photocopie de l'assurance extrascolaire).

5 – Droit à l'image

J'autorise sans limitation de durée et d'itération (si vous souhaitez la suspension de cette autorisation, il suffira d'en informer l'AAB) l'Association d'Animation du Beaufortain à exploiter la (les) photographies(s) et les images vidéo représentant mon enfant pour tout usage de communication au public (cochez la ou les cases).

- Sur ses supports papiers (édition, exposition)
- Sur les articles de presse (Journal Ensemble, Savoie, Dauphiné)
- Sur le site internet de l'association
- Sur ses supports vidéo

Sauf usage publicitaire et commercial.

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 et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

6 – Règlement intérieur

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs, dont 1 exemplaire m'a été remis.

Date :

Signature :

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise l'équipe d'animation à laisser **partir seul mon enfant en fin de journée de : l'Accueil de Loisirs :**

Oui Non

Indiquer les coordonnées des personnes susceptibles de récupérer votre enfant (frères, sœurs, grands-parents, voisins...) :

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