



FICHE ENFANT

Identité

Nom :

Prénom :

Né(e) le

À :

N° de sécurité sociale :

Assurance scolaire/extrascolaire

Nom/adresse de l'agence :

Numéro d'adhérent :

Numéros de téléphone des parents :

AUTORISATIONS PARENTALES ANNUELLES 2019/2020

Je soussigné(e) Mme/Mr Père Mère Tuteur légal

✚ Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités proposées par le service en transport collectif (bus, minibus)

✚ Autorise l'équipe du service Enfance & Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions médicales, et je m'engage à payer les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale

✚ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le service (activités sportives, culturelles, scientifiques, créatives, collectives, baignades surveillées) et certifie qu'il ne présente aucune contre indication médicale à la pratique de ces activités

✚ Autorise l'équipe du service Enfance & Loisirs à photographier/filmer mon enfant dans le cadre des activités et à publier ces documents dans le cadre de la communication du service

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom/Prénom..... N°de tel :

Nom/Prénom..... N°de tel :

Nom/Prénom..... N°de tel :

Nom/Prénom..... N°de tel :

Nom/Prénom..... N°de tel :

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document, et m'engage à signaler tous changements au service Enfance & Loisirs

Fait à : Le :

Signatures des responsables légaux :



Année scolaire 2019/2020



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE SCOLAIRE : 2018/2019	1. ENFANT
	NOM : PRENOM : Né(e) le : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>

2. VACCINATIONS (joindre une copie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION					

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 ? (si oui cochez la case)

RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
 SCARLATINE COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES : asthme alimentaires médicamenteuses

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il : des lentilles des lunettes des prothèses auditives

Des prothèses ou appareils dentaires autres ? Précisez

Autres recommandations :

.....

.....

5. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées

6. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Nom et tél du médecin traitant (facultatif)

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

Fait àLe

Signature du responsable légal de l'enfant