



ACCUEIL DE LOISIRS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'Enfant : Prénom :

Né(e) le à

Nom Prénom Adresse du Père (ou du représentant légal) :
.....
.....



Personnel.....



portable.....



Adresse Email :

Nom Prénom Adresse de la Mère :
.....
.....



Personnel.....



portable.....



Adresse Email :

Nom, adresse et téléphone de l'employeur :

Père :



Mère :



En cas d'accident grave, acceptez-vous que nous appelions un médecin de St Just-le-Martel ?
oui non Si oui lequel ?.....

Nous autorisez-vous, pour un cas particulièrement grave et urgent, si nous n'avons absolument pas pu vous joindre et sur l'avis du médecin, à faire transporter votre enfant à l'hôpital ou dans une clinique de votre choix ?.....

Si oui, laquelle ?.....

Votre enfant a-t-il un grave handicap, maladie, allergie, contre indication particulière ?
.....

Quel est votre numéro d'Allocataire (C.A.F / M.S.A / E.D.F / S.N.C.F)
.....

Préciser l' Organisme concerné ?.....

Si l'enfant doit être pris de façon régulière, à la sortie de l'Accueil de Loisirs par une autre personne que ses parents, prière de remplir la fiche de décharge ci-jointe.

Signature du Père

Signature de la Mère

FICHE DE DECHARGE

C.L.S.H

Si d'autres personnes que vous sont susceptibles de prendre votre ou vos enfants à la sortie du Centre, veuillez remplir l'attestation ci-dessous :

Nous soussignés, autorisons :

Monsieur.....

Madame.....

A prendre notre fils.....

notre fille.....

à la sortie du Centre de Loisirs.

Je dégage la commune de toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dès que l'enfant sera remis aux personnes ci-dessus.

Fait à Saint Just-le-Martel,
le

Signature des parents

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec des observations éventuelles.

I. ENFANT :

NOM _____ PRENOM _____

SEXE Garçon Fille DATE de NAISSANCE |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
du DT polio	_____	_ _ _ _ _ _ _ _
du DT coq	_____	_ _ _ _ _ _ _ _
du Tétracoq	_____	_ _ _ _ _ _ _ _
d'une prise polio	Rappels _____	_ _ _ _ _ _ _ _
	_____	_ _ _ _ _ _ _ _

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	Vaccins pratiqués	DATES
1 ^{er} vaccin	_ _ _ _ _ _ _ _	Vaccin	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _ _ _ _ _ _
Revaccination	_ _ _ _ _ _ _ _	1 ^{er} rappel	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _ _ _ _ _ _

Si l'enfant n'est pas vacciné, Pourquoi ? _____

Injection de sérum	NATURE	DATES	
		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

RHUMATISMES	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	OREILLONS
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation...)

_____ |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 _____ |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 _____ |_|_| |_|_| |_|_|_|_|



