



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRA SCOLAIRE ENTRAIGUES-SUR-LA-SORGUE

(Document issu de l'original CERFA paramétré pour les besoins des activités péri et extra scolaires d'Entraigues sur la Sorgue)

ENFANT

NOM : PRENOM : GARÇON : FILLE :

Date de naissance : Lieu de naissance : POIDS :kg

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

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	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

En vertu de la délibération municipale N°16 du 05 juillet 2012 et de la délibération N°13 du 24 octobre 2012, aucun traitement médical ou paramédical, ne pourra être administré, par les agents municipaux dans le cadre des activités municipales- seuls les PAI scolaires, validés, pourront être mis en œuvre

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"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ 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

MEDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES :

Pour les allergies alimentaires, le P.A.I (projet d'accueil individualisé) est à remplir par un allergologue (selon la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003). Tout changement de traitement ou d'allergie doit faire l'objet d'un nouveau P.A.I. La famille devra obligatoirement fournir le panier repas quotidien de l'enfant.

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre le protocole) :

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....
.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....
.....

Votre enfant sait-il nager ? OUI NON / Si c'est une fille est-elle réglée ? OUI NON

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

.....

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

Situation de famille : MARIE PACSE VIE MARITALE SEPARÉ DIVORCE CELIBATAIRE VEUF

Profession des parents

Père : Mère :

N° sécurité sociale : Caisse (nom et ville) :

Nom et numéro assurance scolaire :

Nom, adresse et numéro adhérent mutuelle :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En particulier pour les enfants de 3 à 6ans, en cas de fièvre supérieure à 38.5° à administrer une dose de paracétamol en fonction de son poids.

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre de loisirs y compris les sorties extérieures.
- Autorise que mon enfant soit pris en photo et que celles-ci soient affichées et publiées dans la cadre des activités municipale.
- M'engage à payer la part des frais de séjour, incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation, et d'opération nécessaire.
- Atteste avoir pris connaissance et approuvé le règlement intérieur du centre de loisirs par la signature ci-dessous

J'autorise l'enfant à quitter seul le périscolaire et l'extrascolaire de façon permanente :					
Périscolaire :	Garderie du mercredi	à 12h30	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Garderie du soir	à 18h <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cantine (jour du TAP)	à 13h20	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	TAP	à 16h30 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Extrascolaire :	Mercredi	à 18h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vacances scolaires	à 18h <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	(centre des loisirs)			(petites et grandes vacances)	

Date : Signature(s) :

Liste des personnes susceptibles de venir chercher votre enfant :

-Nom/Prénom : Qualité : Tél :

-Nom/Prénom : Qualité : Tél :

-Nom/Prénom : Qualité : Tél :