



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités (accueils de loisirs, camps, ateliers hebdomadaires, espace jeunes, ...) organisées par la Maison de la Tour pour la période : 2018/2019

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT :
NOM : Prénom :
Date de naissance :
Fille [] Garçon []
École : Classe :
Régime alimentaire : aucun [] / sans porc [] / sans viande [] / autres [].....

1- VACCINATIONS

Table with 3 columns: Vaccination, Nom du vaccin correspondant, Date du dernier rappel. Row 1: DTPC, Infanrixhexa, Boostrixtetra, Pentavac, Hexyon, Pentacoq, DT Polio

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR ET RECOMMANDATIONS :

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 administré sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU DES ALLERGIES ?

- ALIMENTAIRES Oui [] Non []
MEDICAMENTEUSES Oui [] Non []
AUTRES (animaux, plantes, pollen) Oui [] Non []

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui [] Non []

Si votre enfant a un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) merci de bien vouloir nous en transmettre une copie, ainsi que sa trousse de soin avec la photo de votre enfant.

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

- Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil :

- Pour les 3/6 ans l'enfant est-il propre ? Oui [] Non [] - S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui [] Non []

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

Table with 5 columns: Angine, Coqueluche, Oreillons, Otite, Rhumatisme Articulaire aigu. Row 2: Rubéole, Rougeole, Scarlatine, Varicelle

5- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : Prénom :

Adresse complète :

Tél. domicile :

Tél. portable mère : Tél. portable père :

Tél. travail mère : Tél. travail père :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)

1. Nom :

Tél. portable :

2. Nom :

Tél. portable :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

1. Nom : Prénom : Lien de parenté :

2. Nom : Prénom : Lien de parenté :

3. Nom : Prénom : Lien de parenté :

4. Nom : Prénom : Lien de parenté :

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les ateliers ou l'accueil de loisirs Oui Non
Si oui, le départ se fera à la fin des ateliers et/ou pour les accueils de loisirs à partir de 16h45

Nom et téléphone du médecin traitant :

N° sécurité sociale, auquel est affilié l'enfant :

Je, soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

J'autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal