



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 : 2019/2020

La Maison de la Tour - 5, place de l'Europe 69540 IRIIGNY - Tél. : 04.78.46.05.14 - Fax : 04.78.46.33.62 - www.maisondelatour.com - accueil@maisondelatour.com - Facebook : @MaisonDeLaTour.Irigny

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT :	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	
Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>
École :	Classe :
Régime alimentaire : aucun <input type="checkbox"/> / sans porc <input type="checkbox"/> / sans viande <input type="checkbox"/> / autres <input type="checkbox"/> .....	

1- VACCINATIONS

Vaccination	Nom du vaccin correspondant	Date du dernier rappel
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 ?

Angine		Coqueluche		Oreillons		Otite		Rhumatisme Articulaire aigu	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rubéole		Rougeole		Scarlatine		Varicelle			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

**5- RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable responsable 1 : ..... Tél. portable responsable 2 : .....

Tél. travail responsable 1: ..... Tél. travail responsable 2: .....

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

1. Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Tél. portable : .....

2. Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

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