



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE

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 : 2020/2021

La Maison de la Tour - 5, place de l'Europe 69540 IRIGNY - Tél. : 04.78.46.05.14 - Fax : 04.78.46.33.62 - www.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 (précisez) :	
Votre enfant est susceptible d'être pris en photo dans le cadre des activités. Si vous ne souhaitez pas que l'image de votre enfant soit utilisée pour la communication de la Maison de la Tour, merci de cocher la case ci-contre. <input type="checkbox"/>	

1- Dates des derniers rappels des vaccins obligatoires :

Obligatoires pour tous les enfants		Obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018	
DTP		Pneumocoque	
Coqueluche		Méningocoque C	
(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.		ROR	
		Hépatite B	
		HIB	

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 déjà 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 (diurne) Non : nocturne et /ou énurésie

- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

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

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

6- 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 :

7- Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

1/ Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél. portable :

2/ Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél. portable :

3/ Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél. portable :

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les ateliers ou l'accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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