



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRA SCOLAIRE

(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

Votre enfant est reconnu handicapé par la MDPH : Oui Non

Si OUI, bénéficiez-vous de l'AAEH Oui Non

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 AIGÛ 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 SEPRE 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 municipales.
- 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 de l'ALSH péri et extra-scolaire par la signature ci-dessous.
- Atteste et certifie l'exactitude de tous les documents y compris ceux relatifs à la vaccination qui engagent ma responsabilité quant à leur véracité.**

J'autorise l'enfant à quitter seul le périscolaire et l'extrascolaire de façon permanente :

Périscolaire : Garderie du soir à 18h Oui Non

Extrascolaire : Mercredi soir à 18h Oui Non Vacances scolaires à 18h Oui Non

Mercredi midi à 12h30 Oui Non

Date :

Signature(s) :

Liste des personnes susceptibles de venir chercher votre enfant :

-Nom/Prénom : Qualité : Tél :

-Nom/Prénom : Qualité : Tél :

-Nom/Prénom : Qualité : Tél :