

Association D'Insertion et de Solidarité

Année 202 /202

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom :	Prénom :	Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance :	Lieux de naissance :		

MEDECIN

Nom du médecin traitant :	Téléphone :
---------------------------	-------------

VACCINATIONS (joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé)

	OUI	DATE DU DERNIER RAPPEL		OUI	DATE DU DERNIER RAPPEL
DIPHTERIE*	<input type="checkbox"/>		B.C.G.	<input type="checkbox"/>	
TETANOS*	<input type="checkbox"/>		HEPATITE B	<input type="checkbox"/>	
POLIOMYELITE*	<input type="checkbox"/>		R.O.R.	<input type="checkbox"/>	
DT POLIO*	<input type="checkbox"/>		COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	
TETRACOQ*	<input type="checkbox"/>		AUTRES (précisez) :	<input type="checkbox"/>	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires(*) vous devez joindre un certificat médical de contre indication. Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit actuellement un traitement médical : OUI NON

Si oui, vous devez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
RHUMATISME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

DIFFICULTES DE SANTE

L'enfant est-il allergique ?	<input type="checkbox"/> ASTHME	<input type="checkbox"/> ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/> AUTRES
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :				
Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :				

RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant : vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...
--

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ____/____/____

Signature :

Association D'Insertion et de Solidarité

Année scolaire 20 /20

ACCUEIL DU MATIN

ACCUEIL DU SOIR

ACCUEIL LOISIRS

ENFANT

Nom :		Prénom :		Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance :		Lieux de naissance :		Age :	
Adresse :					
Ecole :				Classe :	

FAMILLE

Responsable légal 1 :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Nom :		Prénom :		
Adresse :				
Profession :		Employeur :		
Tel professionnel :		Tel domicile :		
Adresse mail :		Portable :		
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)/Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage			
N° sécurité sociale :		N° CAF :		
Assureur :		N° de contrat :		Mutuelle :

Responsable légal 2 :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Nom :		Prénom :		
Adresse :				
Profession :		Employeur :		
Tel professionnel :		Tel domicile :		
Adresse mail :		Portable :		
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)/Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage			
N° sécurité sociale :		N° CAF :		
Assureur :		N° de contrat :		Mutuelle :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone

Association D'Insertion et de Solidarité

Année scolaire 20 /20

Je soussigné(e)

déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur du Centre de Loisirs organisé par l'association ADIS et :

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le centre de loisirs.
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du Centre de loisirs.
- Autorise, en cas d'urgence, le directeur du Centre de loisirs à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mes enfants.
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre de loisirs : en voiture individuelle (par les responsables de l'association ou par d'autres familles), par des moyens de transports collectifs (cars, bus, trains...)
- Atteste avoir été informé(e) des modalités d'organisation du ou des mini-séjours auxquels mes enfants sont inscrits.
- Autorise l'ADIS à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités de l'association et pour la presse.
- Autorise l'ADIS à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion à l'association. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant.
- Autorise l'ADIS à inclure une photo numérisée de mes enfants sur leur dossier informatique.
- Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Association ADIS

Association Loi 1901 agréée DDJSCS
Centre de Loisirs sans hébergement
9 Lotissement Verepla - Bazin - Girard
Chez M. MME VINCENT André & Reinette

97131 PETIT CANAL
Tel/Fax : 0590 85 34 73
Email : adis.petit-canal@hotmail.com

SIGNATURE

lu et approuvé

Fait à

Le

Signature du
responsable
légal

Association D'Insertion et de Solidarité

Année 202 /202 .

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom :		Prénom :		Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance :		Lieux de naissance :			

MEDECIN

Nom du médecin traitant :		Téléphone :	
---------------------------	--	-------------	--

VACCINATIONS (joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé)

	OUI	DATE DU DERNIER RAPPEL		OUI	DATE DU DERNIER RAPPEL
DIPHTERIE*	<input type="checkbox"/>		B.C.G.	<input type="checkbox"/>	
TETANOS*	<input type="checkbox"/>		HEPATITE B	<input type="checkbox"/>	
POLIOMYELITE*	<input type="checkbox"/>		R.O.R.	<input type="checkbox"/>	
DT POLIO*	<input type="checkbox"/>		COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	
TETRACOQ*	<input type="checkbox"/>		AUTRES (précisez) :	<input type="checkbox"/>	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires(*) vous devez joindre un certificat médical de contre indication. Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit actuellement un traitement médical : OUI NON

Si oui, vous devez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
RHUMATISME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

DIFFICULTES DE SANTE

L'enfant est-il allergique ? ASTHME ALIMENTAIRE MEDICAMENTEUSE AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant : vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ____/____/____

Signature :

Liste des pièces à fournir

- Fiche de renseignement
- Fiche sanitaire
- Photocopie du carnet de vaccination
- Certificat médical d'aptitude à la vie en Collectivité
- Certificat médical pour la natation
- Attestation de CAF
- Attestation d'assurance
- Une photo d'identité

TARIFS

10 euros Adhésion annuelle par famille
12 euros Accueil matin
17 euros Accueil soir
29 euros Accueil matin + soir
17 euros Accueil du mercredi (La journée)
27 euros Les sorties (la journée)