

**CENTRE de LOISIRS
de VERNOSC LES ANNONAY**

Fiche de liaison et sanitaire 2017/2018

Enfant

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

Situation de famille des parents :

Célibataire Marié(e)s Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e)

Parent 1 Madame Monsieur

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile :..... Tél. portable :.....

Tél. Professionnel:..... Mail :

Profession :Employeur:

Parent 2 Madame Monsieur

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile :..... Tél. portable :.....

Tél. Professionnel:..... Mail :

Profession :Employeur:

Régime du responsable :

Régime général

Autres (préciser) :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécurité :

N° allocataire CAF : **QUOTIENT CAF :**

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

*Nom du médecin traitant :

Adresse : Tél:



Je soussigné(e) autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

- Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit prioritairement ?

VACCINATIONS :**Fournir obligatoirement la photocopie des vaccinations se trouvant dans le carnet de santé.**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

MALADIES INFANTILES

	Rubéole	Angine	Varicelle	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui									
non									

TRAITEMENT et/ou ALLERGIES

* L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI / NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

*Allergies :

 Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres
Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler) :

.....

.....

* Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en les précautions à prendre :

.....

.....

*Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ? Précisez :

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Si votre enfant à plus de 6 ans, est-il autorisé à rentrer seul ?

 OUI NON

AUTORISATION PARENTALE**Je m'engage :**

- à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- à prévenir le centre de tout désistement la veille du jour concerné avant 12h, sinon je m'engage à régler la somme due sauf sur présentation d'un certificat médical.
- à mettre à mon enfant des vêtements adaptés aux activités proposées (baskets, chapeau...) marqués au nom de l'enfant.

J'autorise l'enfant :

- à participer aux activités organisées par l'association (transport y compris) OUI; NON
- à voyager en voiture individuelle et par moyen de transport collectif OUI; NON
- à se baigner (l'enfant sait-il nager?) OUI; NON
- à être photographié ou filmé afin d'illustrer des supports de communication et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale. OUI; NON

Je soussigné(e)déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**Date et Signature du responsable
Précédées de la mention «lu et approuvé»**