

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Septembre 2017 à septembre 2018

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements pratiques et médicaux qui pourront nous être utiles durant l'année scolaire 2017/2018 concernant votre enfant pour les sorties ados, les petites vacances scolaires et juillet (*attention* celle-ci n'est pas un bulletin d'inscription pour les vacances). **Si des changements survenaient durant l'année, nous vous prions de nous en avertir le plus tôt possible.**



ENFANT

Nom Prénom :

Date de Naissance :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom :

Adresse :

Commune :

N°Tél Domicile : N°Tél Bureau :

N° Portable père : N° Portable mère :



A QUEL REGIME SOCIAL APPARTENEZ VOUS ?

- Régime sécurité sociale (CPAM) N°.....
- Régime agricole (MSA) n°
- Autres SNCF/EDF...N°

Adresse mail : _____

MEDICALES

VACCINATIONS

(joindre la copie du carnet)

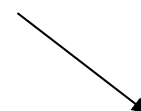
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT POLIO				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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



Rubéole Oui Non
Angines Oui Non
Asthme Oui Non
Rougeole Oui Non
Otites Oui Non

Coqueluche Oui Non
Rhumatismes Oui Non
Scarlatine Oui Non
Varicelle Oui Non
Oreillons Oui Non



L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme oui non
Alimentaire oui non

Médicamenteuses Oui non
Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?

oui
 non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'ordonnance et les médicaments devront remis à la directrice du centre.

REMARQUES MEDICALES ET CONTRE INDICATIONS (accident, opération hospitalisation, rééducation,

.....
.....
.....

INFORMATION ASSURANCE

La Communauté de Communes du Chemin des Dames informe les familles des enfants inscrits au A.L.S.H. de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne. L'assurance individuelle concerne les dommages qu'une personne peut subir sans qu'il y ait lieu de rechercher la responsabilité d'une autre personne (absence de tiers, exemple : un enfant qui se blesse de sa propre maladresse)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,.....responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et

- ✓ **Autorise** mon enfant à participer aux activités proposées par l'A.L.S.H de la Communauté de Communes du Chemin des Dames. Pour les sorties une autorisation vous sera adressée à chaque fois.
- ✓ **Autorise** la Communauté de Communes du Chemin des Dames à publier les photos prises durant le centre pour le journal, le site internet, la page facebook et lors des expositions de la C.C.C.D.
- ✓ **Atteste** avoir été informé des modalités d'assurance (voir ci-dessus)
- ✓ **Autorise** les responsables et le Directeur du Centre de Loisirs à prendre toutes les décisions utiles et nécessaires à la santé et à la sécurité de mon enfant et à le faire hospitaliser si cela s'avérait nécessaire.



Fait à le
Signature
« Lu et Approuvé »