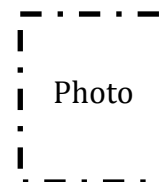




Fiche de renseignements Accueil de Loisirs et Péricolaire Saint Mard



L'enfant :

Nom :Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Mère :

Nom :

Prénom :

Tel domicile:

Tel travail :

Tel portable :

Adresse :

.....

.....

.....

Mail :

Père :

Nom :

Prénom :

Tel domicile:

Tel travail :

Tel portable :

Adresse :

.....

.....

.....

Mail :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autre que parents):

Nom : Tel:.....

Nom : Tel:.....

Nom : Tel:.....

Personnes à venir chercher l'enfant(autre que parents):

Nom :Lien :Tel:.....

Nom :Lien :Tel:.....

Nom :Lien :Tel:.....

J'autorise...	Oui	NON
La direction à prendre toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde de l'enfant en cas d'accident		
L'accueil à prendre mon enfant en photo		
Mon enfant à prendre les transports mis à disposition (si non, votre enfant ne pourra pas faire les sorties)		

Repas (allergies alimentaires ou régime alimentaire particulier ,autres,...):

.....

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles de l'enfant

Elle évite de nous munir de son carnet de santé

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant à t'il déjà eu
les maladies suivantes?

Vaccinations:

	OUI	NON								
Rubéole			Vaccins Obligatoire	Oui	Non	Dernier Rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Coqueluche			Tétanos							
Varicelle			Diphtérie							
Angine			Poliomyélite							
Rhumatisme articulaire aigu			DT polio							
Scarlatine			Tétracoq							
Otite			B.C.G							
Rougeole										
Oreillons										

Traitement médical en cours ? Attention !

Si l'enfant suit un traitement médical, merci de joindre :

- l'ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice ;
- une autorisation signée permettant aux animateurs d'administrer le médicament.

Aucun médicament ne sera donné sans ces documents

Allergies : (médicamenteuses, asthmes ou autres) :.....

Conduite à tenir :

Difficulté de santé : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) préciser les dates et les précautions à prendre:

Recommandations utiles : Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....?

Nom ,adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

Je soussigné.....responsable legal de l'enfant, declare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :