

Association cantine garderie et Mairie UPIE	<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS</b>	Classe : .....
--	--------------------------------	----------------

### ENFANT

Nom : Prénoms : Sexe : M F

Né(e) le : Lieu de naissance :

Adresse complète :

### RESPONSABLES

Mère Nom de jeune fille : Autorité parentale : oui non

Nom marital (nom d'usage): Prénom :

N° tél Domicile : Travail : Portable :

Courriel

Adresse complète : (si différente de l'enfant)

Père Autorité parentale : oui non

Nom: Prénom :

N° tél Domicile : Travail : Portable :

Courriel

Adresse complète : (si différente de l'enfant)

### PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

A appeler en cas d'urgence : oui non N° tél domicile :

Autorisé à prendre l'enfant : oui non N° tél portable :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

A appeler en cas d'urgence : oui non N° tél domicile :

Autorisé à prendre l'enfant : oui non N° tél portable :

### ASSURANCE

Assurance: N° de police:

Votre enfant est-il assuré en individuelle accident? oui non

### PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET AUTORIZES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul à votre domicile après les activités proposées ? oui non

Si votre enfant porte des lunettes, peut-il les garder pendant les activités sportives ? oui non

Autorisez-vous les animateurs à photographier et à filmer votre enfant lors des animations ? oui non

Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités physiques et sportives ? oui non

Autorisez-vous votre enfant à participer aux baignades surveillées ? oui non

Autorisez-vous votre enfant à emprunter le transport en car de location ? oui non

*Nous soussignés, .....responsables de l'enfant, déclarons ex les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traiter médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : signature de la mère : signature du père:

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - 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	
Tétanus				Rubéole-Ouglions-Rougeole	
Poliomyélite				Contre la grippe	
Ou DT, polio				Autres (préciser)	
Ou Tétacov					
RCC					

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes 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 ?

RUBICOU	VARICELLE	ANGINE	REUMATISME: ARTHRALGIE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	ORTEILONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISE) CONVULSIFS, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION EN PRÉSENTANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOUS ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC. PRÉCISÉZ.

OBSERVATIONS