

SERVICE ENFANCE JEUNESSE MUNICIPAL D'ELLIANT

ACCUEIL DE LOISIRS – SEJOURS DE VACANCES

RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATIONS

SEPTEMBRE 2015/ AOUT 2016

JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION AUX ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Nom de l'enfant : Prénom :
Né(e) le : Classe : Ecole :
Adresse : N° de ☎ :
Adresse mail :
Nom du père : Nom de la mère :
Prénom : Prénom :
N° de ☎ travail : N° de ☎ travail :
N° de ☎ portable : N° de ☎ portable :

Factures à adresser à (nom et adresse):
.....
.....

Ventilation des familles en fonction du régime : veuillez cocher la case correspondante à votre situation :

Régime général (CAF) + La Poste + France Télécom + Fonction publique	
Régime des pêches	
Autres régimes (MSA, EDF GDF, SNCF, RATP)	

Votre enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile et par une assurance individuelle accident.

Nom du médecin traitant et n° de Tel :

Personnes susceptibles de prendre votre enfant à « l'accueil de loisirs »:

Nom :	Prénom :/	Nom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :		
.....	N° de ☎ :/		N° de ☎ :

Votre enfant sait-il nager ? Oui ☐ - Non ☐

Autorisations

Ayant pris connaissance du fonctionnement du Service Enfance Jeunesse Municipal d'Elliant et des conditions financières, je soussigné(e), responsable légal de l'enfant

-
- 1) Autorise l'enfant à participer à toutes les activités :
☐ des mercredis et jours de vacances : déplacements, baignades, minis séjours, visites...
☐ des séjours de vacances
 - 2) Autorise la Directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
 - 3) M'engage à rembourser à l'Accueil de Loisirs les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés,
 - 4) Autorisation facultative :
☐ Autorise l'enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs après 17 heures.
☐ Autorise le service enfance jeunesse à utiliser les photos de l'enfant sur les différents supports d'information et de communication (site Internet, journal, expos photos...).
 - 5) Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
 - 6) Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs et m'engage à le respecter.

A Elliant, le

SIGNATURE



N° 10006-02

**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 DÉMUNIR 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ?

RUBÉOLLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	QREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC. PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
exactes les renseignements portés sur cette fiche et 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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS