



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON - 2020-2021

Centre de Loisirs et



**+ ATTESTATION ASSURANCE**

Place Marcel Ragot - 76520 Franqueville St Pierre

NOM : ..... PRENOM : ..... GARÇON :  FILLE :

DATE DE NAISSANCE : ..... Ecole/collège : ..... (CDA - Tel du jeune.....)

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Madame, Monsieur .....

Adresse .....

Ville ..... Téléphoner ..... Téléphone2.....

MAIL																						

(pour recevoir les plannings d'activité)

## EN CAS D'URGENCE

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, 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.

### Personne à prévenir en cas d'urgence (après le responsable légal)

1 - Nom ..... Prénom .....

Ville .....

Tel 1 .....

Tel 2 .....

Lien avec le responsable légal.....

1 - Nom ..... Prénom .....

Ville .....

Tel 1 .....

Tel 2 .....

Lien avec le responsable légal.....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, 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.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.... Précisez .....

En cas de régime alimentaire précisez: SANS VIANDE    SANS PORC    AUTRE : .....

### PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES & SPORTIVES

Votre enfant est-il apte à la pratique des activités physiques et sportives ? **OUI - NON** fournir un certificat médical de contre-indication.

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) .....

- autorise mon enfant à quitter **SEUL l'accueil de loisirs / CDA dès 17h** lors des mercredis et des vacances **OUI - NON**

**OUI - Comment??** à pied - en bus - à vélo - autres .....

**NON - Qui vient chercher?** Noms .....

*En cas d'urgence de dernière minute il est possible de nous contacter directement par téléphone afin d'aménager à titre exceptionnel le départ de votre enfant.*

- autorise mon enfant à **participer à l'ensemble des activités** pratiquées dans les locaux du groupe scolaire Louis Lemonnier.

**OUI - NON** Si besoin est, je précise dès maintenant l'activité qu'il ne pourra pas effectuer.

- autorise mon enfant à se **déplacer à pied, en bus, en métro**, sous la responsabilité de ses animateurs, pour pratiquer des activités sportives et éducatives. **OUI - NON**

- autorise mon enfant à **se baigner**. **OUI - NON** - Mon enfant sait nager **OUI - NON**

- autorise mon enfant à **être pris en photo et filmer**. **OUI - NON**

(activités - panneau photos dans le centre, site du centre de loisirs, site de la Mairie, journal de Franqueville, presse...)

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINS OBLIGATOIRES	Nom VACCIN	Dates
Diphtérie - Hépatite B - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche	REVARIX ou TETRAVAC ou REPEVAX ou ENGERIX ou HEXYON ou INFANRIXHEXA	
Rougeole Oreillons Rubéole	M-M-REVAXPRO ou PRIDRIX	

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 marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES:

- Rubéole **OUI - NON**
- Coqueluche **OUI - NON**
- Varicelle **OUI - NON**
- Angine **OUI - NON**
- Rhumatisme articulaire **OUI - NON**
- Scarlatine **OUI - NON**
- Oreillons **OUI - NON**
- Rougeole **OUI - NON**
- Otite **OUI - NON**

**ALLERGIES :**      **ASTHME :** **OUI - NON**      **Alimentaires :** **OUI - NON**      **Médicamenteuses :** **OUI - NON**

Autres : **OUI - NON**      si oui lesquelles ..... **DIABETE :** **OUI - NON**

SI OUI PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES:

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**ATTENTION - SI PAI - OBLIGATION DE FOURNIR ORDONNANCE ET TROUSSE DE PAI**

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

Fait à Franqueville-Saint-Pierre, le ..... Signature du responsable légal.

**+ ATTESTATION**  
**ASSURANCE**