

NOM : ..... Prénom : ..... Ecole : .....

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

Garçon

Fille



**CAP LOISIRS**  
Centre de loisirs Intercommunal  
Marcellaz-Albanais, Etercy,  
Hauteville-sur-Fier, Vallières –sur-Fier

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

(Une fiche par enfant)

Cadre réservé à CAP LOISIRS

- Justificatif CAF
- Justificatif de domicile
- Vaccins
- Règlement Intérieur
- Assurance
- Frais de dossier
- Dossier complet .....

N° Allocataire CAF/MSA .....

Quotient..... (Joindre attestation)

**1-  RESPONSABLE DE L'ENFANT  MERE  PERE**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse.....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. professionnel : .....

Adresse mail .....

**2-  RESPONSABLE DE L'ENFANT  MERE  PERE**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse.....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. professionnel : .....

Adresse mail.....

**Personne habilitées à récupérer l'enfant (en plus des responsables légaux)**

| Nom | Prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|-----|--------|--------------------|-----------|
|     |        |                    | ☎ :       |
|     |        |                    | ☎ :       |
|     |        |                    | ☎ :       |
|     |        |                    | ☎ :       |

Médecin traitant (facultatif)

NOM : ..... Tél : .....

J'autorise CAP LOISIRS à Maquiller mon enfant oui  non

J'autorise mon enfant à manger des gâteaux faits maison lors de divers événement (anniversaire par exemple) oui  non

J'autorise l'utilisation d'image de mon enfant pour les supports de communication oui  non

Je soussigné, (NOM, Prénom) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui, lequel ?.....

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 administré sans ordonnance.

Si votre enfant dispose d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), merci de nous mettre obligatoirement le protocole, l'ordonnance ainsi que la trousse avec le traitement. (Dans emballage d'origine avec nom de l'enfant)

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

|            |                              |                              |                        |                              |                              |
|------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Rougeole               | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Oreillons              | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Varicelle  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Rhumatisme articulaire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Otite      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Scarlatine             | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Angine     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |                        |                              |                              |

L'enfant a-t-il les allergies suivantes ?

|                 |                              |                              |                           |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Asthme          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |                           |
| Alimentaires    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | si oui lesquelles ? ..... |
| Médicamenteuses | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | si oui Lesquelles ? ..... |
| Autres          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | si oui Lesquelles ? ..... |

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

(Si automédication le signaler)

.....

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

L'enfant est-il malade en car ? oui  non

## RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ?

Précisez :

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui  non

Type de repas : .....

Fiche à retourner accompagnée des pièces photocopiées suivantes :

Un justificatif de domicile de moins de 3 mois

Copie de l'attestation de responsabilité civile ou assurance extrascolaire

**ATTENTION:** l'attestation doit couvrir votre enfant lors des sorties sportives pratiquées hors du temps scolaire

Copie des pages vaccinations du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).

Le cas échéant, un extrait de jugement concernant la garde de l'enfant

Le N° allocataire CAF/MSA avec un justificatif de moins de 3 mois.

(Valable du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 août 2024, merci de nous signaler les changements)

Règlement intérieur signé