

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.....

Portable : Tel domicile : Tel Pro :

Adresse mail

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

NOM : Prénom :

Adresse.....

Portable : Tel domicile : Tel Pro :

Adresse mail.....

Personnes 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
nécessaires 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 ☐	non ☐	Rougeole	oui ☐	non ☐
Coqueluche	oui ☐	non ☐	Oreillons	oui ☐	non ☐
Varicelle	oui ☐	non ☐	Rhumatisme articulaire	oui ☐	non ☐
Otite	oui ☐	non ☐	Scarlatine	oui ☐	non ☐
Angine	oui ☐	non ☐			

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

Asthme	oui ☐	non ☐	
Alimentaires	oui ☐	non ☐	si oui lesquelles ?
Médicamenteuses	oui ☐	non ☐	si oui Lesquelles ?
Autres	oui ☐	non ☐	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 suivantes :

- ☐ Un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ☐ Copie de l'attestation d'assurance Responsabilité Civile qui couvre votre enfant lors des activités périscolaires et extrascolaires.
- ☐ 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
- ☐ Un justificatif de quotient familial de moins de 3 mois.
- ☐ Règlement intérieur signé