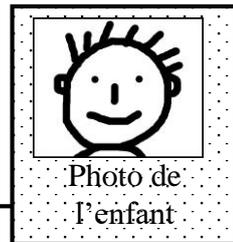


Accueils Collectifs de Mineurs Municipaux  
Sport-Vacances et Bois De La Pierre  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**



**1- ENFANT**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Age : \_\_ \_\_  Garçon  Fille

**2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Famille d'accueil

Parent ① : Nom : ..... Prénom : ..... Numéro de Téléphone .....

Parent ② : Nom : ..... Prénom : ..... Numéro de Téléphone .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Adresse mail : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

N° de sécurité sociale du responsable : \_\_ \_\_ - - - - -

N° de matricule d'Allocations Familiales : \_\_ - - - - -

**3 - PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LÉGAL**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....

**4 - VOLET MÉDICAL**

Poids de l'enfant : ..... kg Taille de l'enfant : ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence).

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

Etes-vous bénéficiaire de l'AEEH :  Oui  Non Si OUI, prendre rendez-vous avec le directeur.

**Allergies** : fournir impérativement un certificat médical

Précisez la cause et les signes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler, fournir les médicaments avec l'ordonnance).

.....

.....

**L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial?** :  Oui  Non

Précisez lequel :  sans viande  sans porc  sans sel  sans sucre  autres : .....

**Asthme** :

Oui  Non

Si oui : l'enfant doit-il avoir son médicament sur lui en permanence ?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom du médicament : ..... (Fournir photocopie de l'ordonnance).



L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Si oui, cochez la période :

Hiver                       Printemps                       Juillet                       Août                       Automne

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant, avec notice. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes (entourez les maladies) ? :

Rubéole                      Angine                      Varicelle                      Rhumatisme                      Scarlatine  
Asthme                      Coqueluche                      Otite                      Rougeole                      Oreillons

## **VACCINATIONS**

**Fournir obligatoirement les photocopies du carnet de vaccinations à jour**, avec le nom de l'enfant : antipoliomyélitique, antidiphthérique et antitétanique (Article L3111-2, Article L3111-3 et Articles R227 du Code de la Santé Publique).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## **POUR L'ACCUEIL DE LOISIRS DU BOIS DE LA PIERRE**

L'enfant fait-il la sieste ? :  Oui                       Non                       Parfois

École fréquentée : .....

Classe/niveau : .....

### **Lieu de dépose et reprise de l'enfant par les parents**

**GARDERIES** :  Pôle sportif intercommunal (7H45/18H15)     Bois de la Pierre (7H45/18H15)  
 Matin à partir de : \_\_ H \_\_                       Soir jusqu'à : \_\_ H \_\_

Bois de la Pierre hors garderie (entre 9h00 et 9h10, le soir entre 17h05 et 17h15)     Madeleine  
 Piscine                       Vaux                       Angot                       Croix St Jacques                       Gare Routière

### **Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement des accueils de loisirs de la Ville de L'AIGLE**

- J'inscris mon enfant à l'accueil de loisirs et l'autorise à participer aux différentes activités et sorties (transports en minibus, en bus, à vélo, à pied...) proposées par l'équipe d'animation.
- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après la prise en charge effective des enfants par les animateurs.
- J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, et donne autorisation de soins au centre hospitalier le plus proche, de transférer, d'opérer, d'anesthésier ou de pratiquer tous soins nécessaires à la santé de mon enfant.
- J'autorise les organisateurs à réaliser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant, et à se servir des photos/vidéos comme support publicitaire pour les accueils, sans limite de temps.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Je déclare acquiescer le règlement intérieur (disponible en mairie).
- Je déclare que mon enfant     **sait nager** (sans aide matérielle)     **ne sait pas nager**

**J'autorise**                       **Je n'autorise pas** mon enfant à repartir seul du pôle sportif intercommunal ou d'un arrêt de bus.

Date :

Signature des responsables légaux de l'enfant :