

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



Photo de  
l'enfant

## 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, antidiphtérique 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**

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- f) Je déclare acquiescer le règlement intérieur (disponible en mairie).
- g) 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 :