

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant : fille garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Accueil: accueil de loisirs Dates du séjour : du 21 au 31 Octobre 2019

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui / non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui / non		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq				B.C.G.			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux:

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention: aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

Allergies : Médicamenteuses oui non Asthme oui non
Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

III - Recommandations utiles:

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Régime alimentaire particulier :.....

IV - Responsable légal de l'enfant:

Nom : Prénom :.....

Adresse pendant le séjour :

Nom et adresse Grands-parents RINXENTOIS :

Tél. domicile :

Père : travail :.....

portable :.....

Mère : travail :.....

portable :.....

Nom et tél. du médecin traitant

Je soussigné,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 mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date : Le 21 Octobre 2019

A remplir par le Directeur du Centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : Mairie de RINXENT rue du général DE GAULLE 03.21.99.90.60.

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Objet : Autorisation de publication de photographies

Je soussigné

Adresse....., autorise par la présente l'organisateur du Centre de Loisirs, Mairie RINXENT, rue du Général de Gaulle 62720 RINXENT.

Représenté par ses directeurs à diffuser les photographies prises lors du Centre de Loisirs qui se déroulera du 21 au 31 Octobre 2019 sur lesquelles figure mon fils / ma fille.....

Cette autorisation est valable :

- Pour l'édition de documents de nature pédagogique journal interne externe.
- Dans le cadre de photos, de blog, de page Facebook, du site Ville de Rinxent....
- De la rétrospective de l'année 2019 pendant la cérémonie des Vœux.

Cette autorisation est valable pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e),autorise oui non

Mon fils / ma fille (Nom de l'enfant) :

A quitter seul(e) le centre de loisirs à 17 heures 30, horaire de fin d'activités.

Fait à RINXENT Le 21 Octobre 2019 :
Signature du tuteur légal :

Le Responsable Service Jeunesse:
Yannick VIGNERON

NOM-PRENOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **LIEU :** _____

PERIODE DE FREQUENTATION :

PERIODE DE FREQUENTATION :			
21/10/2019 au 25/10/2019		28/10/2019 au 31/10/2019	