

NOM (Enfant) : _____ **Prénom :** _____
 Né(e) le : _____
 Sexe : M F
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ VILLE : _____

Autorisons expressément les personnes citées ci-dessous à venir récupérer l'enfant
Personnes autorisées autres que les parents à venir chercher l'enfant

NOM Prénom (lien de parenté) _____ Tél : _____

NOM Prénom (lien de parenté) _____ Tél : _____

NOM Prénom (lien de parenté) _____ Tél : _____

Nb d'enfants à charge :

PARENTS

Cochez le (ou les) responsable(s) légal(aux) de l'enfant

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère
Nom : _____	_____
Prénom : _____	_____
Profession : _____	_____
Tél travail : _____	_____
Portable : _____	_____
Situation Familiale : _____	
Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : _____	
Adresse email : _____	

Caisse versant les allocations :

CAF Oise MSA Autre

N° Allocation : _____

Bénéficiez-vous des allocations* : OUI NON

L'un des parents relève-t-il du Régime Général* (Sécurité Sociale) : OUI NON

(* Entourer votre choix)

Nom de votre assurance responsabilité civile: _____

Autorisons le personnel à sortir l'enfant de l'enceinte de l'Accueil de Loisirs pour les sorties en groupe.
 N'autorisons pas

Autorisons le personnel à photographier et/ou filmer l'enfant pour un usage inhérent à la vie de l'Accueil de Loisirs et diffusion sur les outils de communication du CSRG (page Facebook, tracts, site internet) et auprès des médias (presse...)
 N'autorisons pas

Autorisons la référente d'accéder au dossier allocataire via l'applatif internet de la Caisse d'Allocation Familiales : CDAP
 N'autorisons pas

Autorisons le personnel à administrer à l'enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
 N'autorisons pas

Autorisons l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant l'enfant (hospitalisation, SAMU, pompiers).
 N'autorisons pas

Autorisons l'enfant à rentrer seul à la fin de l'accueil.
 N'autorisons pas

Autorisons le personnel à transporter ou faire transporter l'enfant dans les véhicules du Centre Social Rural de GUISCARD dans le cadre des sorties en groupe.
 N'autorisons pas

Je (nous) soussigné(ons), responsable(s) légal(aux) de l'enfant certifie(ons) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

- J'autorise la structure à saisir et conserver mes informations personnelles durant la période d'inscriptions.
- J'autorise la structure à saisir et conserver les informations médicales de mon enfant durant la période d'inscriptions.
- Je déclare avoir pris connaissance et approuver le règlement intérieur en vigueur de la structure.

Fait à _____ , le _____

Signature :

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021</h2>	1- ENFANT Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR LA SANTE DE L'ENFANT PENDANT L'ACCUEIL DE LOISIRS OU LE SEJOUR. LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT JOINTE.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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*)

L'enfant fait-il l'objet d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** ? oui non

Si oui, joindre le protocole au dossier de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 – AUTRES INFORMATIONS UTILES SUR L'ENFANT

L'ENFANT SUIV-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? oui non

SI OUI, PRÉCISEZ :

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
 (FACULTATIF).....

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.

Date : _____ Signature : _____