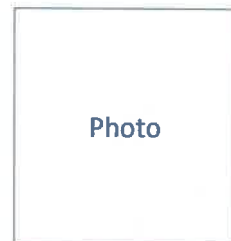




FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

Valable du 1er septembre 2020 au 31 août 2021

ENFANT : Filles Garçon
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ___ / ___ / ___ Age : ___ ans



RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT (1)

RESPONSABLE DE L'ENFANT (2)

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur
Tél. fixe ou professionnel :			Tél. fixe ou professionnel :		
Tél. mobile :			Tél. mobile :		

I - PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non
 Si oui merci de fournir le protocole en cour.

II - VACCINATIONS :

a) Si l'enfant est né avant le 1er janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES			Date de rappel
• Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

b) Si l'Enfant est né après le 1er janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES			Date de rappel
• Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Infections invasives à pneumocoque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Méningocoque de sérogroupe C	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Rougeole, oreillons et rubéole.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du médecin.

III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? 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 administré sans ordonnance

L'enfant a-t-il des allergies ?				L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?			
• Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		• Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		• Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Allergies alimentaires :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		• Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Autre(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		• Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir et si automédication, le signaler : _____ _____ _____				• 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	
				• Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Poids de l'enfant : _____

Taille de l'enfant : _____

L'enfant présente-t-il un problème de santé :

Oui

Non

Si oui, Indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre et notez le motif du PAI le cas échéant.

IV - MEDECIN TRAITANT :

Nom du médecin traitant de l'enfant	Commune	Téléphone

V - PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Si impossibilité de joindre les parents

Nom, prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1-		
2-		
3-		

VI - RECOMMANDATIONS UTILES :

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

VII - RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Je soussigné(e), _____,

responsable légal(e) de l'enfant,

_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : _____

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

Cadre réservé à la direction de l'accueil de Loisirs

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ACCUEIL DE LOISIRS (Année scolaire 2020-2021)

Valable du 1er septembre 2020 au 31 août 2021



ENFANT : Fille Garçon

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____ ans

Établissement scolaire : _____ Classe : _____

I - RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Responsable de l'enfant (1) Père Mère Tuteur

Nom et prénom : _____

Tél fixe : _____ Tél mobile : _____

Email : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Employeur : _____ Tél professionnel : _____

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e) Pacsé(e) Célibataire Concubinage

Responsable de l'enfant (2) Père Mère Tuteur

Nom et prénom : _____

Tél fixe : _____ Tél mobile : _____

Email : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Employeur : _____ Tél professionnel : _____

II - RÉGIME(S)

N° de sécurité social auquel l'enfant est affilié : _____

N° d'allocataire : CAF MSA

Si je ne fournis pas l'attestation de quotient familial, j'autorise le service enfance de la CALI à consulter mes ressources via le portail CDAP (Consultation des données d'allocataire par les partenaires) : Oui Non

III - AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant

	Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			

III - AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (Suite)

Je soussigné(e) _____, responsable legal(e) de l'enfant autorise :

- la Cali à photographier mon enfant. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication des services de la CALI. Oui Non
- le personnel du service enfance à transporter l'enfant en car ou mini bus. Oui Non
- le personnel de la Cali à prendre toutes dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant. Oui Non

Date :

Signature :

IV - MEMO DES PIECES A FOURNIR AU DOSSIER

* Documents à fournir en un seul exemplaire pour toute la fratrie

Pour la 1ère inscription

- Photo de l'enfant
- Fiche sanitaire de liaison de l'enfant dûment remplie
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité.
- Attestation de quotient familial *
- Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents.*
- Copie du livret de famille complet *
- Copie de carnet de santé (pages vaccinations)
- Justificatif de domicile *
- Attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité Sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfant. * ?

Pour une réinscription ou autre(s) enfant(s)

- Photo de l'enfant
- Fiche sanitaire de liaison de l'enfant dûment remplie
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité.
- Attestation de quotient familial *
- Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents.*
et à renouveler uniquement si modification
- Copie du livret de famille complet *
- Copie de carnet de santé (pages Vaccinations)
- Justificatif de domicile *
- Attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité Sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfant. * ?

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

Je soussigné(e), _____, responsable légal(e) de l'enfant, _____ déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler tout changement.

À _____ Le _____

Signature :