



CENTRE SOCIAL DU CHATEAU DE L'HORLOGE

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : Lieu de naissance :

GARCON FILLE

Responsables de l'enfant :

Responsable 1	Responsable 2
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Mail (écrire en majuscules)	Mail... (écrire en majuscules)
Tel	Tel
Nom et tél du médecin traitant :	

VACCINATIONS : (SE REFERER AU CARNET DE SANTE) Fournir une photocopie de toutes les pages de vaccinations.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc.)

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical Oui non

Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

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

REPAS : VEGETARIEN AVEC VIANDE SANS PORC

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSE OUI NON ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES :

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

DECLARATION DES PARENTS :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de première urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.

Signatures du ou des responsables légaux précédé de la mention « lu et approuvé »

A Aix en Provence le



CENTRE SOCIAL DU CHÂTEAU DE L'HORLOGE

Année : 2022/2023

ACCUEIL DE LOISIRS & ACTIVITÉS

Ecole :

Classe :

ACM :

ACCUEIL JEUNES :

ACCOMPAGNEMENT SCOLAIRE, si oui : ELEMENTAIRE COLLEGE

Jour de

Jour de à

ACTIVITÉS :

Jour..... de

Jour..... de à

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à partir avec les personnes suivantes (pièce d'identité obligatoire) :

Nom, Prénom, lien de parenté : N°Tél :

Nom, Prénom, lien de parenté : N°Tél :

Nom, Prénom, lien de parenté : N°Tél :

Nom, Prénom, lien de parenté : N°Tél :

Nom, Prénom, lien de parenté : N°Tél :

Les enfants de moins de 12 ans doivent obligatoirement être récupérés par une personne.

Pour les personnes ayant un droit de garde exclusive, faire parvenir un document du tribunal spécifiant les personnes non habilitées à venir chercher l'enfant.

Ne concerne que les enfants de plus de 12 ans :

J'autorise mon enfant à partir seul en fin de journée : oui non

Fait à Aix-en-Provence, le

Signature « Lu et approuvé »