

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

Accueil de loisirs AEJI Champeaux - Marpiré - St Jean

1. L'ENFANT :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe : F M

Enfant scolarisé à l'école de St Jean / Marpiré / RPI Champeaux-Landavran : oui non

2. RESPONSABLES LEGAUX :

RESPONSABLE 1 (FACTURE / PORTAIL FAMILLE) :

RESPONSABLE 2 :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Parentalité :

Parentalité :

Adresse

Adresse

.....

.....

Mail (facture/ communication/ portail famille) :

Mail (communication) :

.....

.....

Tél portable :

Tél portable :

Tél Travail :

Tél Travail :

Situation Familiale : marié vie maritale pacsé veuf(ve) divorcé célibataire

Nombre d'enfants mineurs :

Allocataire : CAF MSA

Nom de l'allocataire : N° Allocataire :

Adhérent à la CSF (hors AEJI) : CSF St Jean CSF Champeaux-Marpiré - fournir le justificatif -

3. PERSONNES AUTORISEES :

Indiquer les personnes à contacter en cas d'urgence et/ou les personnes autorisées à venir récupérer l'enfant.

Nom	Prénom	Lien	Numéro de tel	Cocher votre/vos choix	
				En cas d'urgence	Récupérer l'enfant

4. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

NOM et TEL. du médecin traitant :

Vaccins obligatoires			Vaccins recommandés pour les enfants avant le 01/01/2018 Mais obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018								
	Oui	Non	Date dernier rappel		Oui	Non	Date dernier rappel		Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie				Coqueluche				Hépatite B			
Tétanos				Haemophilus				Pneumocoque			
Poliomyélite				Rubéole- Oreillons- Rougeole				BCG			

Joindre la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de votre enfant (**obligatoire**). Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

5. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Poids : Taille : (informations nécessaires en cas d'urgence)

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).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

6. ALLERGIES & DIFFICULTES DE SANTE :

ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen)

précisez :

.....

Préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....
.....

Le mineur présente-t-il une difficulté de santé particulière qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui non

.....
.....

7. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ...

.....
.....

Je soussigné(e),, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature des Parents ou Tuteur :

Précédé de la mention « Lu et approuvé »