

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 représentant légaux à venir chercher l'enfant**

NOM Prénom (lien de parenté) _____ Tél : _____

NOM Prénom (lien de parenté) _____ Tél : _____

NOM Prénom (lien de parenté) _____ Tél : _____

PARENTS et ENTOURAGE FAMILIAL

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

Représentant 1 Représentant 2

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Profession : _____

Tél travail : _____

Portable : _____

Situation Familiale : _____

Nb d'enfants à charge :

Adresse email : _____

Caisse versant les allocations :
 CAF Oise MSA Autre
 N° Allocataire CAF : _____
 Nom de votre assurance responsabilité civile: _____
 Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

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 coordinatrice d'accéder au dossier allocataire via l'espace partenaire internet de la Caisse d'Allocation Familiales
 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(s) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

1- ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille

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 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 ARTICULAIRE AIGÛ 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"/>	COVID OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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 :

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 :