

FICHE ACCUEIL**ALSH DE LATOUR BAS ELNE**

Nom, Prénom :

Né(e) le : Garçon Ecole : Classe :
 Fille

FAMILLE

Représentant légal : Régime social : C.A.F. N° allocataire :
 M.S.A.
 Autres

Adresse de facturation :

Situation de famille :
 Mariés
 Séparés
 Divorcés
 Pacsés
 Veuf(ve)
 Célibataire

Email famille :
 Tél. : Autre tél. :

MERE :
 Adresse :
 Tél. Portable Travail :
 Employeur :

PERE :
 Adresse :
 Tél. Portable : Travail :
 Employeur :

Sécurité Sociale :

Nom, prénom N° : Caisse de :
 Assurance : N° de contrat : Echéance :

Autres personnes à joindre en cas d'accident et/ou autorisées à récupérer l'enfant

MEDICAL

Médecin traitant : Tél. médecin :
 Adresse médecin :
 Lieu hospitalisation :
 Observations médicales :

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile. Je précise les conditions de mon autorisation.
- J'autorise le personnel d'encadrement à photographier, filmer, mon enfant dans le cadre de ses activités. Les images pourront être utilisées dans le respect de la législation.
- J'autorise le personnel responsable à prendre toutes mesures nécessaires (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre de l'accueil péri et extra scolaire et prendre les moyens de transports utilisés.
- J'autorise la Direction du Centre à consulter mon compte CAFPRO sur internet.

M.....

responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
 J'ai bien pris connaissance qu'en cas d'absence d'observations, de renseignements médicaux, psychologiques, ... absents ou erronés la responsabilité de la structure serait dérogée.
 J'accepte le règlement intérieur et je m'engage à le respecter.
 Je reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés.

Date...../...../.....

Signature

VEUILLEZ COMPLETER OU MODIFIER LES ZONES GRISEES

*Conformément à l'article 27 de la Loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant dont nous sommes seuls destinataires



1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT Polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

ALSH DE LATOUR BAS ELNE Avenue Pierre Camps 66200 LATOUR BAS ELNE