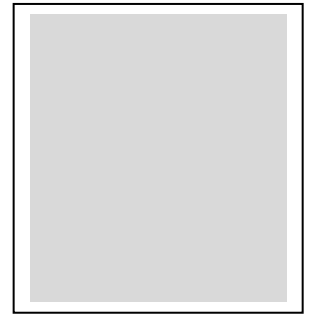




Accueil de loisirs périscolaire et extrascolaire



DIRECTION PETITE ENFANCE,
ENFANCE ET AFFAIRES SCOLAIRES
POLE ADMINISTRATIF ET FINANCIER

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'établissement :

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Née le : Age : ans / Sexe : M - F

LES VACCINATIONS

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant. Les vaccinations à jour sont obligatoires, ou un certificat médical datant de moins de trois mois.

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? oui non

Autres vaccinations (précisez svp) :

LES MALADIES

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non Rhumatismes oui non Otite oui non

Varicelle oui non Scarlatine oui non Rougeole oui non

Angine oui non Coqueluche oui non Oreillons oui non

Autres (précisez) :

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. Joindre obligatoirement l'ordonnance originale récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant SVP).

Votre enfant est-il sujet aux :

Angines : oui non Asthme : oui non Rhumatisme : oui non

Indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) avec leurs dates et les précautions à prendre :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

LES INFORMATIONS MEDICALES ET LA SANTE

L'enfant est-il allergique ?

- A un médicament : oui non si oui, lequel :
- A un aliment : oui non si oui, lequel :
- A autre chose : oui non si oui, lequel :

L'enfant suit-il un régime alimentaire (fournir un certificat médical avec PAI) : oui non

Régime standard Régime sans viande Régime sans porc

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives ou dentaires (précisez) ? :

.....

L'enfant est-t-il propre? oui non

DROIT A L'IMAGE

Autorise la Ville de Dreux à utiliser les photos ou films de l'enfant pris lors des activités et ce, dans le cadre des supports de communication de la collectivité ou de ses partenaires institutionnels.

Je n'autorise pas à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par la Ville de Dreux de mon enfant.

LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse : rue

Code postale : N° de tél. fixe :

Email :

N° de sécurité sociale :

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile.

Assurance : compagnie : N° de contrat :

Joignez impérativement une copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité.

Je soussigné(e), père mère tuteur, responsable légal du participant déclare :

- Avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions,
- Autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- Autoriser les responsables des accueils de loisirs sans hébergement à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin

Pièce à joindre à fiche de renseignement :

- Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité,
- Copie du carnet de vaccination de l'enfant (vaccins obligatoires à jour)

A..... le

Signature :