

# Fiche Enfant



## Enfant

Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Nationalité :
Né le :	Lieu de naissance :

## Famille

Nom :
Adresse :

Téléphone :	Email :
-------------	---------

Situation Familiale :  Marié  Divorcé  Célibataire  Séparé  Veuf  Union maritale

Garde alternée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Régime : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA
Nombre total d'enfants :	Assurance :
Nombre d'enfants à charge :	N° de police :

## Fiche Père

## Fiche Mère

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :

Né le :	À :	Née le :	À :
---------	-----	----------	-----

Téléphone :	Téléphone :
N° d'allocataire :	N° d'allocataire :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Autorisations

Repartir seul(e) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Photos, films, publication, site internet :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Participation et activités (aux sorties) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents)

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

## Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

Date : .....

Lieu : .....

Signature(s) :

# Fiche Sanitaire de Liaison



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles quant à l'accueil de votre enfant.  
Elle évite par conséquent de vous démunir de son carnet de santé.

## Enfant

Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Né le :

## Vaccinations (fournir une copie du carnet de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates
ROR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, veuillez joindre **l'ordonnance** et **les médicaments correspondants** (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine et marquée au nom de l'enfant avec la notice), ainsi que **l'autorisation** des parents / tuteurs / représentants légaux.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Cochez-la ou les boîte(s) si oui, laissez vide si non.

Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>
Oreillons <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Aucune citée <input type="checkbox"/>

## Allergies

	Oui	Non	Précisez	Conduites à tenir
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Un Protocole d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place pour votre enfant ?  Oui  Non

L'enfant est-il porteur d'un handicap ?  Oui  Non

Si oui, de quel type d'handicap s'agit-il ?  Physique  Mental

## Difficultés de santé

Indiquez ci-après les difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, etc.)

.....  
.....

## Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires, ... ?

.....  
.....

## Responsable de l'enfant

Nom :	Prénom :
Adresse :	N° de téléphone :
Médecin traitant :	N° de téléphone du médecin :

Autorisez-vous l'hospitalisation de votre enfant si elle est jugée nécessaire ?  Oui  Non

Je soussigné(e) ....., responsable légal(e) de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Lieu :

Signature(s) :