



## FICHE ENFANT

### Identité

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le .....

À : .....

N° de sécurité sociale : .....

### Assurance scolaire/extrascolaire

Nom/adresse de l'agence : .....

Numéro d'adhérent : .....

Numéros de téléphone des parents : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES ANNUELLES 2019/2020

Je soussigné(e) Mme/Mr ..... Père  Mère  Tuteur légal

✚ Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités proposées par le service en transport collectif (bus, minibus) .....

✚ Autorise l'équipe du service Enfance & Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions médicales, et je m'engage à payer les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale .....

✚ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le service (activités sportives, culturelles, scientifiques, créatives, collectives, baignades surveillées ....) et certifie qu'il ne présente aucune contre indication médicale à la pratique de ces activités .....

✚ Autorise l'équipe du service Enfance & Loisirs à photographier/filmer mon enfant dans le cadre des activités et à publier ces documents dans le cadre de la communication du service .....

### PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom/Prénom..... N°de tel : .....

**Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document, et m'engage à signaler tous changements au service Enfance & Loisirs**

Fait à : ..... Le : .....

**Signatures des responsables légaux :**



Année scolaire 2019/2020



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>  <b>ANNEE SCOLAIRE : 2018/2019</b>	<b>1. ENFANT</b>
	NOM : ..... PRENOM : ..... Né(e) le : ..... Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>

**2. VACCINATIONS (joindre une copie des vaccins)**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 ? (si oui cochez la case)

RUBEOLE  VARICELLE  ANGINE  RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU   
 SCARLATINE  COQUELUCHE  OTITE  ROUGEOLE  OREILLONS

**ALLERGIES :** asthme  alimentaires  médicamenteuses

Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il : des lentilles  des lunettes  des prothèses auditives

Des prothèses ou appareils dentaires  autres ? Précisez .....

Autres recommandations : .....

.....

.....

**5. AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées

**6. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Nom et tél du médecin traitant (facultatif) .....

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

Fait à .....Le .....

Signature du responsable légal de l'enfant