



Fiche sanitaire de liaison

Votre enfant :

NOM :	PRENOM :
Age :	Né(e) le :
	A :

Nom et adresse du médecin de Famille :

Téléphone :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (Antécédents médicaux, contre-indications alimentaires, allergie ou intolérance, maladie, hospitalisation, port de lunettes, de lentilles, de prothèses dentaires, etc....)

.....

.....

VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé et **joindre les photocopies des pages correspondantes** aux vaccinations).

Vaccination obligatoire	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Tétanos				Rubéole oreillons rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Diphtérie				Hépatite B	
B.C.G				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention, les vaccins antitétaniques ne présentent aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement OUI NON
 (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINE			RHUMATISME			SCARLATINE		
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON
COQUELUCHE			OTITE			ASTHME			ROUGEOLE			OREILLONS		
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON

Responsabilité civile couvrant l'enfant (Photocopie attestation assurance extra scolaire)

Nom de la compagnie :

.....

N° de

contrat.....

Pour bénéficier des tarifs avantageux : application des tarifs uniquement sur justificatif fourni :

Vous êtes **allocataire CAF (Caisse d'Allocations Familiales)**.....OUI.....NON.....

Si oui joindre obligatoirement le quotient familial de la CAF

Autorisation de consulter votre espace CAF (Caf professionnel) OUI.....NON.....

Ou

Vous dépendez de la MSA (Mutuelle Sociale Agricole).....OUI.....NON.....

Photocopie de votre quotient familial MSA et ou fournir les bons MSA si vous en bénéficiez.

- Fournir originaux bons MSA

Ou

Vous dépendez d'un autre régime, lequel :

Je soussigné.....autorise les responsables de l'ALSH « les Frimousses » à prendre les mesures nécessaires médicales ou chirurgicales selon l'état de l'enfant.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Lu et approuvé

Le :

à

Signature du père et de la mère

(ou du tuteur légal)

Documents à fournir de manière obligatoire avec le dossier d'inscription complet :

- Photocopie des vaccinations.
- Attestation allocataires CAF ou MSA et bons vacances si éligibles.
- Attestation d'assurance extrascolaire.
- Coupon du règlement intérieur.



Fiche de renseignements

Votre enfant

NOM :	PRENOM :
Age :	Né(e) le :
	A :

LE PERE : NOM : Prénom : Adresse : Date de naissance : Tél fixe (domicile) : Portable : Profession Employeur Adresse Téléphone	LA MERE : NOM : Prénom : Adresse : Date de naissance : Tél fixe (domicile) : Portable : Profession Employeur Adresse Téléphone
--	--

Adresse mail de la Famille (Obligatoire) :

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom et prénom	Adresse	Numéro de téléphone	Lien de parenté avec l'enfant	A venir le chercher	En cas d'urgence

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné.....responsable de l'enfant, l'autorise :

- à participer à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs « les frimousses » OUI NON

- à se baigner OUI NON

Notre (nos) enfant(s) sait (savent) nager

Notre (nos) enfant(s) ne sait pas (savent) nager

Si votre enfant ne sait pas nager, brassard ou ceinture obligatoire pour la baignade.

- Autorisation de transport (bus ou minibus) : OUI NON
- Autorisation de filmer ou de photographier OUI NON
- Autorisation d'hospitalisation en cas d'urgence OUI NON
- mon enfant a quitté seul le centre : OUI NON

Lu et approuvé

Le :

à

Signature du père et de la mère

(ou du tuteur légal)

