

COMMUNAUTE DE COMMUNES LA BRIE DES MOULINS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2010/2011

Réf (MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS)

Cette fiche a été conçue pour recueillir tous les renseignements médicaux qui pourront être utiles durant les accueils périscolaires et les journées en accueil de loisirs de l'enfant.

A remplir en intégralité, toute fiche incomplète ne sera pas prise en compte

I) – ENFANT

NOM : Prénom :

Date de Naissance...../...../.....

SEXE : GARCON FILLE

CLASSE FREQUENTEE :

Accueil de loisirs fréquenté :

Dammartin-sur-Tigeaux Faremoutiers Guérard Pommeuse

II) VACCINATION (obligatoire pour toutes les structures accueillant des mineurs, à remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé, ou une attestation du médecin spécifiant que l'enfant est à jour de ses vaccins).

Préciser dans la colonne 2 s'il s'agit	2) VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT Polio	/...../.....
Du DT coq	/...../.....
Du Tétracoq	/...../.....
D'une prise polio RAPPEL	/...../.....

ANTITUBERCULOSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRE VACCINS
DATES	DATES	VACCIN DATES
1 ^{er} VACCIN/...../.....	VACCIN/...../...../...../.....
REVACCINATION/...../.....	1 ^{er} RAPPEL/...../...../...../.....

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

III) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	VARICELLE non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	ANGINES non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	RHUMATISME non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	SCARLATINE non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	OTITES non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	ASTHME non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	OREILLONS non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

IV) RECOMMANDATIONS DES PARENTS – DIFFICULTES DE SANTE - EN PRECISANT LES DATES (maladies, accidents, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales, asthme, convulsion, lunettes, appareils dentaires, etc...)

.....

/...../.....
/...../.....

ATTENTION : SI DURANT L'ANNEE L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT MEDICAL JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORDONNANCE ET UNE AUTORISATION ECRITE POUR QUE LES ANIMATEURS PUISSENT ADMINISTRER LES MEDICAMENTS

V) RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE

N° TEL : DOMICILE.....

N° TEL : TRAVAIL.....

PORTABLE.....

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

VI) AUTORISATIONS :

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs y compris les sorties hors commune.

J'autorise les équipes d'animation des accueils de loisirs, à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées, seul ou en groupe, et en autorise la diffusion :

-Affichage dans les structures : oui non

-Site de la Communauté de Communes : oui non

-Bulletin de la Communauté de Communes : oui non

Mon enfant sait nager oui (fournir le brevet de natation) non

J'autorise mon enfant à partir seul en fin de journée à 19h oui non

J'AUTORISE LES PERSONNES SUIVANTES A VENIR CHERCHER MON ENFANT (une carte d'identité sera demandée)

NOM - PRENOM	TELEPHONE

DATE.....

SIGNATURE