



Centre de Loisirs
ESCALE
4 place BASSUM
72130 FRESNAY SUR SARTHE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant: Prénom:

Garçon

Fille

Date et lieu de naissance:

Lieu de scolarisation : AVS oui ou non :

Concernant le(s) responsable(s) de l'enfant.

Nom et prénom du père:.....

Nom et prénom de la mère:

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Vie maritale Divorcé(e)

Famille d'accueil :

Adresse:.....

Courriel (adresse mail) :@.....

N° d'urgence (si personne autre que parents précisé le nom et numéro):

N° de téléphone du domicile: Portable :

Nom de l'employeur du père: Tel:.....

Nom de l'employeur de la mère:..... Tel:.....

N° d'allocataire CAF ou MSA: Nom de la caisse:

N° SS dont dépend l'enfant

Adhésion au Centre Social : oui* non* Si non remplir fiche d'adhésion (familiale: 6€ indiv: 3€ ext : 8€)

CAF QF A QF B QF C MSA ou autre

Assurance responsabilité civile souscrite auprès de:

(suite au dos)

VACCINATION

Nom du médecin traitant :

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant).

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

<i>précisez s'il s'agit: du DT coq du Tétracoq d'une prise polio</i> Rappels	VACCINS PRATIQUES		DATES		
ANTITUBERCULEUSE (B.C.G.)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		VACCIN		VACCINS PRATIQUES	
1er VACCIN		1er rappel		
REVACCINATION				
		DATES		DATES	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE,

POURQUOI?

INJECTION DE SERUM	NATURE		DATES	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT, A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?*

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

Indiquez ici d'autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladie, accidents, crises convulsives, allergies, asthme, hospitalisations, opération, rééducation, **reconnaissance MDPH** oui non et le taux %)

Précisez les causes des allergies et la conduite à tenir.....
.....
.....

Recommandation des parents:.....
.....
.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?* OUI NON

Si oui, lequel?

Joindre l'ordonnance aux médicaments s'il doit en prendre.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?* OUI NON

Déclaration du responsable de famille.

- Je soussigné(e) responsable de l'enfant,
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
 - autorise mon enfant à participer à toutes les activités et camps organisés par le centre de loisirs.
 - m'engage à rembourser tous les frais médicaux avancés.
 - certifie que mon enfant a tous les vaccins réglementaires.
 - déclare que mon enfant n'a pas de problème de santé incompatible avec la vie en collectivité.
 - accepte que mon enfant soit photographié dans le cadre de ses activités et que les photos soient utilisées lors d'exposition ou sur le site Internet d'ESCALE.
 - autorise le transport de mon enfant avec les véhicules d'Escale pour se rendre sur les activités...

Date : _____

Signature :

*rayer les mentions inutiles.