

nom et prénom de l'enfant		Photo à coller OBLIGATOIRE
Né(e) le	à	
Adresse :		
Sexe : <input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE	Elle / il sait nager : (savoir nager 25 m et s'immerger) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Classe :

FAMILLE

Père : Nom / Prénom :
Adresse :

Tel maison : Tel travail : Portable :

Mère : Nom / Prénom :
Adresse :

Tel maison : Tel travail : Portable :

Situation familiale : Marié Célibataire Vie maritale Divorcé(e) Veuf(ve) autre
.....

Adresse mail :

Etes-vous ressortissant du régime général de la CAF ? OUI NON

N° de SECURITE SOCIALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (en cas d'absence des parents, uniquement)

1. Nom lien de parenté Téléphone

Adresse :

2. Nom lien de parenté Téléphone

Adresse :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECHERCHER L'ENFANT (en + des personnes précédemment nommées)

1. Nom lien de parenté Téléphone

Adresse :

2. Nom lien de parenté Téléphone

Adresse :

Je soussigné(e) père / mère / tuteur de l'enfant :

- autorise les responsables de l'accueil périscolaire de Neuwiller à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- certifie que l'enfant a été reconnu apte à la pratique des activités de pleine nature
- certifie que tous les renseignements apposés sur cette feuille sont exacts (recto et verso)
- Confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur vis-à-vis duquel je marque ma totale adhésion

Fait le à

Cadre réservé aux organisateurs			
Membre 2010 / 2011	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Divers	<input type="checkbox"/> Assu	<input type="checkbox"/> A. Imp	<input type="checkbox"/> Jddg
Base tarifaire	<input type="checkbox"/> TN	<input type="checkbox"/> TR1	<input type="checkbox"/> TR2
Saisie / Code int.		

Signature des parents

Pensez à remplir le dos de cette page →

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
(Ministère de la Jeunesse et des Sports)

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Veuillez à la remplir avec soin. Merci.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et penser à apporter (au début d'année scolaire) les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Si au cours de l'année scolaire, votre enfant devait suivre un traitement médical veuillez observer les mêmes consignes que ci-dessus.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Allergies : ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSE OUI NON
ALIMENTAIRE OUI NON Autres :

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

.....
.....
.....

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

..... Date

..... Date

..... Date

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, yo-yo, diabolo, etc...)

Précisez :

.....

.....

MEDECIN TRAITANT

NOM :

LIEU D'EXERCICE :

TELEPHONE :