



**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Groupe de l'enfant : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Taille : .....

Poids : .....

Autorisation de Filmer : .....

Autorisation de rentrer seul : .....

Mutuelle : .....

Est-il assuré : .....

Assureur : .....

Autorisation d'intervention médical : .....

Médecin traitant : .....

Personnes à prévenir en cas d'accident et téléphone	Personnes habilitées à récupérer l'enfant et téléphone
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Nom du responsable :** .....

**Prénom du responsable :** .....

Situation familiale : .....

Email : .....

Désirez-vous recevoir la facture par mail :

CAF : .....

N° CAF : .....

Quotient : .....

**PERE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

N° de Sécu. : .....

Centre de Sécu. : .....

Employeur : .....

Profession : .....

**MERE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

N° de Sécu. : .....

Centre de Sécu. : .....

Employeur : .....

Profession : .....

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à ....., le : ...../...../.....

Signature

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 GARCON                       FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?    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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	<b>SCARLATINE</b>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** ASTHME            oui     non

MEDICAMENTEUSES oui     non

ALIMENTAIRES oui     non

AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
PRECISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

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

Date :

Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

ANGOUL LOISIRS  
5 RUE SAINT GILLES  
17690 ANGOULINS SUR MER

Tél. : 05.46.56.84.66 Fax : 05.46.56.84.66 Email : angouloisirs.ic@9business.fr

**OBSERVATIONS**

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