

**CENTRE de LOISIRS  
de VERNOSC LES ANNONAY**

**Fiche de liaison et sanitaire 2017**

**Enfant**

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

**Situation de famille :**

Célibataire  Marié(e)s  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e)

**Parent 1**  Madame  Monsieur

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile :..... Tél. portable :.....

Tél. Professionnel:..... Mail : .....

Profession : .....Employeur: .....

**Parent 2**  Madame  Monsieur

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile :..... Tél. portable :.....

Tél. Professionnel:..... Mail : .....

Profession : .....Employeur: .....

**Régime du responsable :**

**Régime général**

**Autres (préciser) : .....**

Numéro de sécurité sociale : ..... Centre de sécurité : .....

**N° allocataire CAF :** ..... **QUOTIENT CAF :** .....

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

\*Nom du médecin traitant : .....

Adresse : ..... Tél: .....



Je soussigné(e) ..... 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.

Signature :

- Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit prioritairement ?

**VACCINATIONS :****Fournir obligatoirement la photocopie des vaccinations se trouvant dans le carnet de santé.**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

**MALADIES INFANTILES**

	Rubéole	Angine	Varicelle	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui									
non									

**TRAITEMENT et/ou ALLERGIES**

\* L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI / NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

\*Allergies :

 Asthme       Alimentaire       Médicamenteuse       Autres
Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler) :

.....

.....

\* Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en les précautions à prendre :

.....

.....

\*Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ? Précisez : .....

**PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Si votre enfant à plus de 6 ans, est-il autorisé à rentrer seul ?

 OUI NON

**AUTORISATION PARENTALE**Je m'engage :

- à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- à prévenir le centre de tout désistement la veille du jour concerné avant 12h, sinon je m'engage à régler la somme due sauf sur présentation d'un certificat médical.
- à mettre à mon enfant des vêtements adaptés aux activités proposées (baskets, chapeau...) marqués au nom de l'enfant.

J'autorise l'enfant :

- à participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)
- à voyager en voiture individuelle et par moyen de transport collectif
- à se baigner (l'enfant sait-il nager?)       OUI;    NON
- à être filmé et photographié                       OUI;    NON

**Je soussigné(e) .....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

**Date et Signature du responsable  
Précédées de la mention «lu et approuvé»**