



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2020**

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.*

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

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.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 déjà eu les maladies suivantes?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
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  **ALIMENTAIRES** oui  non  **MÉDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

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

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BAIGNADE :** SAIT NAGER  SE DEBROUILLE  NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature:

RENSEIGNEMENTS

JEUNE	RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM	NOM	NOM
Prénom	Prénom	Prénom
Date de naissance	Lien avec le jeune	Lien avec le jeune
Adresse	Adresse	Adresse
Tél	Tél	Tél
Mail	Mail	Mail
	Org. d'allocations familiales	Org. d'allocations familiales
	N°allocataire	N°allocataire
	Quotient familial	Quotient familial

AUTORISATIONS PARENTALES

SORTIES	ACTIVITÉS	BAIGNADE
J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le centre de loisirs et j'accepte que les déplacements se fassent soit avec le minibus de l'Espace Social, soit avec un véhicule particulier conduit par un responsable de la sortie, un parent ou un bénévole de l'association :  OUI - NON	J'autorise mon enfant à pratiquer les activités sportives suivantes :  Canoë Via Ferrata Randonnée VTT Randonnée Aquatique  OUI - NON	Je certifie que mon enfant sait nager  OUI - NON  et je fournis son test d'aisance aquatique ( l'attestation scolaire de « savoir nager » est valable).  OUI - NON
PHOTOS	PHARMACIE	TRAJETS
J'autorise la publication d'images de mon enfant prises lors de sa participation aux activités pratiquées dans le cadre de l'Espace Jeunes sur tout support de communication relatif à la promotion de ces activités :  OUI - NON	J'autorise la responsable du centre de loisirs à donner de l'homéopathie à mon enfant en cas de coup (Arnica) et de piqûre (Apis Mellifica) : OUI - NON  J'autorise la responsable du centre de loisirs à donner de la crème solaire (indice min. 50) à mon enfant : OUI - NON	Mon enfant peut venir seul :  OUI - NON  et repartir seul :  OUI - NON

Date :

Signature :



# ESPACE JEUNES

\*

## ACCUEIL DE LOISIRS 10-14 ans

\*

### FICHE D'INSCRIPTION 2020-2021

NOM : .....

Prénom : .....

Âge : .....

A déposer à l'accueil de l'Espace Social et Culturel Du Diois  
ESCDD - Place de l'Evêché à Die - avec :  
- Copie carnet de vaccination obligatoire  
- Adhésion (Mineur : 5€ / Famille 15€ ,  
valable du 1<sup>er</sup> sept 2020 au 31 août 2021)

