



2018-19

Date de naissance : Sexe :

Ecole (commune) : Classe :

Nombre de frères et soeurs :.....

Autorisation de photographie : Autorisation de transport en véhicule:

(dans le cadre de la promotion du centre)

Brevet Natation ? :

Assurance :

Sait-il nager ? :

Votre enfant fréquente-t-il un autre Accueil de Loisirs dans la CC de l'Aillantais ?.....

Si oui, lequel ?.....

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

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

Nom et prénom du responsable :

(sous lequel l'enfant est enregistré)

Situation familiale : E-mail:

Adresse : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Tél. Professionnel : N° poste :

Employeur : Profession :

N° CAF : (7 chiffres)

N° de sécu : ou N° MSA :

PERE : Nom : Prénom :

Adresse : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Tél. Professionnel : N° poste :

Employeur : Profession :

MERE : Nom : Prénom :

Adresse : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Tél. Professionnel : N° poste :

Employeur : Profession :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus, avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur.

Fait à, le :/...../.....

Signature :

Association Les Petits Polissons

47 rue du milieu 89110 Villiers sur tholon

Tél: 03.86.91.54.33

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- VACCINATIONS : **Joindre obligatoirement les photocopies du carnet de vaccinations**

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T'IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES ANTECEDENTS DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) VOUS PARAISSANT NECESSAIRES A NOUS COMMUNIQUER :

.....
.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....
.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :