

**L'enfant :**

Photo

Nom :

Ecole :

Prénom :

Classe :

Sexe :

né(e) le :

**Ne pas remplir ce cadre****Adhérent n°**

Autorisation d'intervention médicale :

Certificat médical :

Droit à l'image :

Médecin traitant :

Autorisation de transport en véhicule :

Lieu d'hospitalisation :

Autorisation de rentrer seul :

Allergie repas :

Autorisation de baignade:

Nage-t-il :

Personne à prévenir en cas d'accident (si vous n'êtes pas joignable)	TELEPHONE	Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant	TELEPHONE

\* donner obligatoirement le nom d'une personne à contacter en cas d'impossibilité de votre part

**Responsable de l'enfant : A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**Nom** **Prénom** **Né(e) le :**  
 Situation matrimoniale **Email :**  
 Adresse : **Ville :**  
 Tél Domicile **Tél portable :**  
 Employeur : **Profession :**  
 Tél Professionnel : **N° du poste**  
 CAF (lieu): **N° Allocataire :** **Quotient familial :**

**Père :**

**Nom** **Prénom** **Né(e) le :**  
 Situation matrimoniale **Email :**  
 Adresse : **Ville :**  
 Tél Domicile **Tél portable :**  
 Employeur : **Profession :**  
 Tél Professionnel : **N° du poste**

**Mère**

**Nom** **Prénom** **Né(e) le :**  
 Situation matrimoniale **Email :**  
 Adresse : **Ville :**  
 Tél Domicile **Tél portable :**  
 Employeur : **Profession :**  
 Tél Professionnel : **N° du poste**

Observations :

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

....., le : ...../...../..... **Signature :**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT NOM :  
PRÉNOM :  
DATE DE NAISSANCE :  
GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

## 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 ?

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

**ALLERGIES : ASTHME**      oui  non       **MÉDICAMENTEUSES**      oui  non

**ALIMENTAIRES**      oui  non       **AUTRES** .....

### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

..... TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : ..... NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

**OBSERVATIONS**

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

## AUTORISATIONS PARENTALES

### Autorisation de soins

"Nous soussignés, ..... autorisons les responsables de l'accueil de loisirs Familles Rurales à présenter mon enfant ..... à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur (nom, adresse, téléphone).....ou l'hospitalisation à (préciser le nom de l'hôpital ou de la clinique) ....."

Fait à ..... le ..... Signature du responsable

### Autorisations diverses

Nous autorisons notre enfant ..... :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - à participer aux activités organisées par l'association   | oui | non |
| - à être transporté en transport collectif (ou dans le véhicule des animateurs, éducateurs ou des bénévoles de l'association) dans le cadres des activités pour lesquelles il est inscrit | oui | non |
| - à rentrer seul  | oui | non |
| - à se baigner  | oui | non |
|   | oui | non |

Les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite.

Pour les stages d'activités nautiques fournir une attestation de natation.

Fait à ..... le ..... Signature du responsable

### Autorisations pour reproduire ou diffuser des photos

"Je soussigné(e) ..... en qualité de ..... donne à  
Famille

Rurales l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de mon enfant..... pour les usages suivants : Articles de presse locale, journaux Familles Rurales, supports vidéos Familles Rurales, illustrations du site internet Familles Rurales. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos / vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée ou à celle de mon enfant."

Fait à ..... le ..... Signature du responsable

## Communication

Je souhaite recevoir la communication de :

Vous recevrez forcément la communication de association, vous souhaitez recevoir en sus :

Centre de Loisirs

Club théâtre

Club dessin

Au courriel suivant :

.....@.....

## Récépissé Règlement intérieur

Toute inscription entraîne l'acceptation sans réserve ni restriction du règlement intérieur du centre de loisirs.

J'ai pris bonne note de l'envoi des factures par mail et je rappelle mon adresse mail (en lettres scriptes)

.....@.....

Je soussigné(e),..... accepte le règlement intérieur du centre de loisirs "les Petits Canuts", sans réserve ni restriction.

Fait à ..... le ..... Signature du responsable