

<b>Association cantine garderie et Mairie UPIE</b>	<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS</b>	2016 / 2017	Classe : .....
--	--------------------------------	-------------	----------------

**ENFANT**

Nom :	Prénoms :	Sexe : M F
Né(e) le :	Lieu de naissance :	
Adresse complète :		

**RESPONSABLES - MÈRE**

<b>Mère</b>	Nom de jeune fille :	Autorité parentale : oui non
Nom marital (nom d'usage):		Prénom :
N° tél	Domicile :	Travail : Portable :
Courriel	Adresse complète : (si différente de l'enfant)	

**Père**

<b>Père</b>	Nom :	Autorité parentale : oui non
Prénom :		
N° tél	Domicile :	Travail : Portable :
Courriel	Adresse complète : (si différente de l'enfant)	

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE - ÉTAT CIVIL - PRÉNOM - LIEN AVEC L'ENFANT À LA SORTIE**

Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
A appeler en cas d'urgence : oui non		N° tél domicile :
Autorisé à prendre l'enfant : oui non		N° tél portable :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
A appeler en cas d'urgence : oui non		N° tél domicile :
Autorisé à prendre l'enfant : oui non		N° tél portable :

**ASSURANCE**

Assurance:	N° de police:
Votre enfant est-il assuré en individuelle accident? oui non	

**LIENS AVEC L'ÉQUIPE D'ANIMATION - AUTRES INFORMATIONS**

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul à votre domicile après les activités proposées ?	oui non
Si votre enfant porte des lunettes, peut-il les garder pendant les activités sportives ?	oui non
Autorisez-vous les animateurs à photographier et à filmer votre enfant lors des animations?	oui non
Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités physiques et sportives ?	oui non
Autorisez-vous votre enfant à participer aux baignades surveillées ?	oui non
Autorisez-vous votre enfant à emprunter le transport en car de location ?	oui non

*Nous soussignés, .....responsables de l'enfant, déclarons ex les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traiter médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : signature de la mère : signature du père:

## 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 DÉMURIR 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	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphthérie			Hépatite B	
Tétanos			Rougeole-Orillons-Rougeole	
Poliomyélite			Coryza-touche	
Ou DT polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracel				
BCC				

Si l'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRI-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRI-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 marqués 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 ?

RUBICOI	VARICELLE	ANGINE	BRUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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	ORBITES	
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  AUTRES... oui  non

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

VOIRE ENJANT PORTE-ETIL, DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC. PRÉCISEZ.

OBSERVATIONS