



- ALSH
 PERI-SCOLAIRE
 TAP
 CVL
 SORTIE
 CLASSE

Photo d'identité
à coller

FICHE SANITAIRE

Commune de

ENFANT Nom Prénom
Né(e) le Sexe Classe
FAMILLE Nom du responsable
Adresse
CP Ville Tél. Portable
Mail
N°Allocataire – CAF ou MSA

Si vous n'êtes pas allocataire de la CAF ou de la MSA :

Nom et adresse de l'employeur de la mère

Nom et adresse de l'employeur du père

Vos coordonnées pendant l'activité de l'enfant ou personne à contacter :

Je soussigné(e), M. Mme, responsable de l'enfant
(nom et prénom de l'enfant) autorise celui-ci à pratiquer toutes les
activités physiques et sportives ainsi que les sorties prévues durant le temps d'activités.

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul ? oui non
Quelles sont les personnes autorisées à venir le chercher ?

• J'autorise l'association Cigales et Grillons à percevoir toute subvention (département, communes ou les caisses d'Allocations Familiales, CE ...) pour les activités dont bénéficie mon enfant.

• J'autorise l'association Cigales et Grillons à utiliser les photographies ou documents filmés de mon enfant au cours de son séjour pour expositions, brochures, diaporamas ou tout autre document relatif aux activités de l'association : oui non
Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date Signature

(verso à remplir)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le temps d'activités de votre enfant. Elle évite de vous dénûmer de votre carnet de santé.

■ VACCINATIONS (joindre obligatoirement la copie du carnet de santé – partie vaccination).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Poliomyélite				Infections invasives Pneumocoque	
Coqueluche				Autres (préciser)	
BCC				Groupe sanguin (si connu) :	

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

■ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : oui non Si oui joindre une ordonnance.

L'enfant mouille-t-il son lit ?

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non occasionnellement

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME 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	OREILLONS	
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 Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non Autres

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

■ SITUATION FAMILIALE

■ MEDECIN TRAITANT

■ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez ci-après les difficultés de santé (régime alimentaire particulier, maladies, accidents, crises convulsives, opération etc.) et précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires etc., ainsi que tout autre conseil utile.

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