



Fiche sanitaire de liaison

LES FRIMOUSES
CORME ROYAL Votre enfant :

<u>NOM :</u>	<u>PRENOM :</u>
<u>Age :</u>	<u>Né(e) le :</u>

Nom et adresse du médecin de Famille :

Téléphone :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (contre-indications alimentaire, allergie, maladie, hospitalisation, port de lunettes, de lentilles, de prothèses dentaires, ect...)

.....
.....

VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé et joindre les photocopies des pages correspondantes aux vaccinations).

Vaccination obligatoire	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
B.C.G.				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention, les vaccins antitétaniques ne présentent aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement OUI NON
(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants)

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

Responsabilité civile couvrant l'enfant (Photocopie attestation assurance extra scolaire)

Nom de la compagnie :

N° de contrat

Pour bénéficier des tarifs avantageux : Application des tarifs uniquement sur justificatif fourni:

Vous êtes **allocataire CAF** (Caisse d'allocations familiales)

OUI.....NON.....

(si oui joindre **obligatoirement** le quotient CAF)

Autorisation de consulter votre espace CAF (CAF professionnel)OUI.....NON.....

OU

Si vous dépendez de la MSA (Mutuelle Sociale Agricole) :.....OUI.....NON.....

OU

Si vous dépendez d'un autre régime, lequel :

Je soussigné.....autorise les responsables de l'ALSH « les Frimousses » à prendre les mesures nécessaires médicales ou chirurgicales selon l'état de l'enfant.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Lu et approuvé

Signature du père et de la mère (ou du tuteur légal)

Le :

à

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné.....responsable de l'enfant, l'autorise :

- à participer à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs « les frimousses » OUI NON
- à se baigner OUI NON

Notre (nos) enfant(s) sait (savent) nager

Notre (nos) enfant(s) ne sait pas (savent) nager

Si vous enfant ne sait pas nager, brassard ou ceinture obligatoire pour la baignade.

- Autorisation de transport (bus ou minibus) OUI NON
- Autorisation de filmer ou de photographier OUI NON
- Autorisation d'hospitalisation en cas d'urgence OUI NON
- Mon enfant a quitté seul le centre OUI NON

Lu et approuvé

Signature du père et de la mère (ou du tuteur légal)

Le :

à

Documents à fournir de manière obligatoire avec le dossier d'inscription complet :

- Photocopie des vaccinations .
- Attestations allcaitaires CAF ou MSA .
- Attestation d'assurance extra scoalire .
- Coupon du règlement intérieur.