



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CENTRE DE LOISIRS GARDERIE

Mairie de Cruas Année scolaire
2022 - 2023

L'ENFANT

NOM : **Prénom** :

Date et lieu de naissance :

Sexe : M F **Taille** : **Poids** :

Domicile habituel : (Si besoin préciser si l'enfant vit chez : le Père ou la Mère)

Adresse :

Commune :
.....

Tél. domicile :

Etablissement scolaire fréquenté : **Classe** :

Compagnie d'assurance et N° contrat :

.....

N° de téléphone de la compagnie:

.....

LES PARENTS

Situation familiale :

Mariés

Séparés / Divorcés

Concubinage

Père	Mère
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse (si différente de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'enfant) :
Tél. Fixe : Tél. Fixe :
Tél Portable :	Tél Portable :
Tél travail :.....	Tél Travail :.....
Adresse mail :	Adresse mail :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
Profession et Employeur :	Profession et Employeur :

Autre personne exerçant l'autorité parentale (Ex. : Tuteur) :

.....

N° de Tél. :

Noms, prénoms et âges des frères et sœurs

1/

2/

3/

4/

Je soussigné (e) M. Mme(Nom - Prénom)

agissant en qualité de père, mère, tuteur (*Rayer les mentions inutiles*)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur (année scolaire 20.../20...) de l'Accueil de Loisirs de CRUAS (annexe ci-jointe) .

Date :

Signature des parents :

Réservé à la Mairie

Adresse facturation : Domicile - Père - Mère

Tr :

.....

Saisi :

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je, soussigné(e) **Docteur en médecine**, certifie que

l'enfant ne présente aucun signe de contre- indication

médicale à la pratique des activités de loisirs :

CYCLOTOURISME
SPORTS COLLECTIFS
RANDONNEES PEDESTRES
PLANCHE A VOILE
SPELEOLOGIE
SPORTS DE COMBAT

BAIGNADES
EQUITATION
VOILE
ESCALADE
SKI
MOTO
AVIRON

Canoë Kayak et disciplines associées
Alpinisme- Canyoning
Plongée Subaquatique
Activités de loisirs motorisés
Tirs avec armes à air comprimé
Parcours Acrobatiques en hauteur

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

Si oui quelle distance ?

Date :

Cachet et signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET ALLERGIE

Groupe sanguin (si connu) :

Nom et tél. du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical particulier et/ou présente-t-il une allergie (asthme, alimentaire ou médicamenteuse) ? OUI NON

Si oui lesquels :

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

➤ Si Traitement médical : Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au Directeur de l'ALSH ou au responsable de groupe)

➤ Si allergie alimentaire ou médicamenteuse : Vous devez impérativement fournir un certificat médical afin d'établir un **Projet d'Accueil Individualisé** sous réserve d'acceptation de la restauration collective et de la commune d'accueil de l'enfant.

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

P.A.I. (Projet d'accueil individualisé) en cours ? OUI NON

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

Observations éventuelles :

.....
.....

VACCINATIONS (Photocopies obligatoires des certificats de vaccination de l'enfant - Se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGÛ NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

INDIQUEZ CI-APRÈS : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement) :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI NON

DES LUNETTES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHESES AUDITIVES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHESES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRECISEZ : (ex : qualité de peau, crème

solaire).....
.....
.....

Je soussigné (e) M. Mme (Nom - Prénom)

agissant en qualité de *père, mère, tuteur* (*Rayer les mentions inutiles*) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature des parents :

AUTORISATIONS :

J'autorise les responsables de l'accompagnement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale

J'autorise les responsables de l'accompagnement à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sous conditions d'ordonnance.

J'autorise les responsables de l'accompagnement de mon enfant à prendre toute décision relative à une intervention chirurgicale

J'autorise les responsables de l'accompagnement à faire la sortie de l'hôpital de mon enfant, si son état de santé est jugé satisfaisant par le médecin de service

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées

J'autorise mon enfant à être transporté en véhicule de service et car de location

J'autorise la Mairie de Cruas à diffuser l'image de mon enfant, sur tous types de support, prises dans le cadre des activités du Centre de Loisirs et de la Garderie.

Je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre du centre de loisirs, qui trouverait son origine dans l'exploitation de ces images, totale ou partielle.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le faire respecter

J'autorise le Service Enfance Jeunesse à me faire suivre par mail toutes les informations concernant les animations sur les temps périscolaires organisées par la Mairie de Cruas.

DATE :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Je, soussigné (e) M. Mme

(Nom – Prénom – Papa -Maman – Tuteur) **autorise** mon enfant

..... (Nom - Prénom)

à quitter le centre accompagné(e) des personnes ci-dessous :

(Autres que les responsables légaux)

<u>Nom – Prénom</u>	<u>N° de téléphone</u>	<u>Lien avec l'enfant</u>

L'enfant ne pourra être confié par le Directeur du Centre aux parents ou à toute autre personne que sur demande écrite et signée des (ou du) responsable (s) légal (légaux) de l'enfant, qui déchargeront le Directeur de tout responsabilité.
