

### Le jeune

NOM.....PRENOM :.....  
 Né le : ...../...../..... A : ..... Age :.....  
 Garçon  Fille  
 Repas :  Normal  Sans porc  Allergies alimentaires .....  
 Téléphone du jeune : .....  
 Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

**Photo**  
**A coller**  
**Ici**

### La famille

**Situation familiale :**  marié/Pacsé  vie en concubinage  Séparé  Divorcé

#### Parent référent :

Nom et prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Profession : .....  
 Employeur : .....  
 ☎ Domicile : .....  
 📞 Portable : .....  
 ☎ Employeur : .....  
 N° Allocation CAF : .....  
 N° Allocataire MSA : .....  
 Adresse e-mail : .....  
 Personne Habilité à récupérer le jeune .....

#### deuxième parent :

Nom et Prénom .....  
 Adresse.....  
 Profession .....  
 Employeur : .....  
 ☎ Domicile : .....  
 📞 Portable : .....  
 ☎ Employeur : .....  
 N° Allocataire : .....  
 N° MSA : .....  
 Adresse e-mail : .....

Je soussigné, (M/ Mme) .....

autorise mon fils / ma fille (*razer la mention inutile*)

partir seul(e) durant les temps de départ échelonné à partir de (*fin de l'activé à 17h00*) : .....

n'autorise pas mon fils / ma fille (*razer la mention inutile*) à quitter seul le lieu d'accueil, il sera obligatoirement récupéré par une personne autorisée.

J'autorise  Je n'autorise pas

*Les responsables de la structure à filmer ou photographier mon enfant dans le cadre des activités de la structure. Ces images pourront être utilisées pour des besoins d'exposition interne, presse ou journal et site internet.*

Fait à..... Le..... **Signature du (des) responsable (s) légaux :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1 - ENFANT**  
 NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 GARÇON  FILLE

DATE ET LIEU DU SEJOUR : .....  
 CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;  
 ELLE EVITE DE VOUS DEMANDR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.  
**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I		DATES DES DENIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	O	I			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Polioomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavaç					
Prévenar				MONOTEST	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION  
**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA 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	DREILLONS	
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   
 MEDICAMENTEUSES oui  non   
 AUTRES : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

INDIQUEZ CI-APRES :  
 LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.  
 .....  
 .....  
 .....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**  
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
 PRECISEZ  
 .....  
 .....  
 .....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**  
 NOM : ..... PRENOM : .....  
 ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....  
 TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
 NOM ET TEL. DU MEDECIN 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**  
 COORDONNEES DE LA STRUCTURE  
 CENTRE DE LOISIRS DORGELET  
 8 PLACE DU COLONEL VARROZ  
 39270 ORGELET  
 Tél. : 03 84 25 44 09 Fax : 03 84 25 54 39 Email : cish@orgelet.com  
**OBSERVATIONS**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....