

**ACCUEILS FREQUENTES
SEPTEMBRE 2020 à AOÛT 2021**



PERIODES SCOLAIRES

ACCUEIL	SIGNATURE
MERCREDI	



PERIODES VACANCES SCOLAIRES

ACCUEILS	DATES	SIGNATURES
TOUSSAINT	19 octobre au 30 octobre 2020	
HIVER	22 février au 05 mars 2021	
PRINTEMPS	26 avril au 07 mai 2021	
ETE	07 juillet au 06 Août 2021	



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEILS DE LOISIRS

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Fille / Garçon



**PHOTO
facultative**

(Année scolaire 2020-2021)
Toute information jugée confidentielle par les responsables légaux doit être transmise à la directrice du centre de loisirs sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur.

Responsable de l'enfant :

NOM :Prénom :

Adresse:.....
.....
.....

N° de téléphone	Domicile	Portable	Lieu de travail
Père			
Mère			
Nourrice			
Autres (Préciser)			

COORDONNEES DU MEDECIN DE FAMILLE

NOM.....

Adresse.....

Numéro de téléphone.....

ATTESTATION DE VACCINATIONS :

Fournie : **OUI** datée du : **NON**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
(L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes?)

Maladies	Coqueluche	Angine	Rhumatisme	Otites	Asthme	Rougeole	Scarlatine	Rubéole	Oreillons	Varicelle
Oui										
Non										

Interventions chirurgicales (dates et motifs)
.....
.....

Hospitalisations (dates et motifs)
.....
.....

Maladie actuelle
.....
.....

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 préciser)
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement ? Oui / Non

Si oui, lequel ? (ne pas oublier de joindre une ordonnance récente, les médicaments correspondants avec inscrit sur chaque boîte le nom de l'enfant)
.....
.....
.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non

S'agit-il d'une fille réglée ? Oui / Non

Indiquez ci après :

les difficultés de santé (accident, maladie, crise convulsive.....) en précisant les dates et les précautions à prendre
.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents :(lunettes, prothèses auditives, dentaires...)

Précisez :.....
.....
.....
.....

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à l'informer sur les modifications de l'état de santé de mon enfant.

Date et signature