

**ASSOCIATION SPORTS & LOISIRS
CENTRE DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT**

MAIRIE
33590 SAINT VIVIEN MEDOC

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS (CERFA N°100008*01)
FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE DE LIAISON
2007

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités de l'enfant. Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

NOM de L'ENFANT

Etat civil

Prénom **Date de Naissance**

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, ou joindre photocopies)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
<i>Diphthérie</i>				Hépatite B	
<i>Tétanos</i>				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
<i>Poliomyélite</i>				Coqueluche	
<i>Ou DT Polio</i>				Autres (préciser)	
<i>Ou Tétracoq</i>					
<i>B C G</i>					

Si l'enfant n'est pas vacciné,
pourquoi ? _____
éventuellement joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements Médicaux 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 médicament dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Ou <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**ASSOCIATION SPORTS & LOISIRS
CENTRE DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT**

MAIRIE
33590 SAINT VIVIEN MEDOC

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS (CERFA N°100008*01)
FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE DE LIAISON
2007

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités de l'enfant. Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

NOM de L'ENFANT

Etat civil

Prénom **Date de Naissance**

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, ou joindre photocopies)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
<i>Diphthérie</i>				Hépatite B	
<i>Tétanos</i>				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
<i>Poliomyélite</i>				Coqueluche	
<i>Ou DT Polio</i>				Autres (préciser)	
<i>Ou Tétracoq</i>					
<i>B C G</i>					

Si l'enfant n'est pas vacciné,
pourquoi ? _____
éventuellement joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements Médicaux 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 médicament dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Ou <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES (préciser) : _____

Responsable légal de l'enfant :

NOM _____ Prénom _____
Titre Père/Mère/Tuteur/Educateur (rayer les mentions inutiles)
Adresse pendant la période du Centre :

N°de TEL _____
Domicile _____ Bureau _____ Portable _____
Sécurité Sociale _____
Adresse Centre _____
Centre Payeur _____

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM	PRENOM	TELEPHONE
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant .

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales du Centre et du règlement intérieur.

Date, _____ Signature, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

ALLERGIES (préciser) : _____

Responsable légal de l'enfant :

NOM _____ Prénom _____
Titre Père/Mère/Tuteur/Educateur (rayer les mentions inutiles)
Adresse pendant la période du Centre :

N°de TEL _____
Domicile _____ Bureau _____ Portable _____
Sécurité Sociale _____
Adresse Centre _____
Centre Payeur _____

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM	PRENOM	TELEPHONE
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales du Centre et du règlement intérieur.

Date, _____ Signature, précédée de la mention « Lu et Approuvé »
