

ARCHE AGGLO HORS ARCHE AGGLO NOE

NOM

PRENOM

Né (e) le àScolarisé à en classe de Publique Privée **Parents ou tuteur**

Parent 1 : Parent 2 :

.....

N° Rue

.....

Code postal Code postal

ville..... ville

☎ ☎ ☎ ☎

Profession : Profession :

Adresse e-mail :

De quelle caisse dépendez-vous ? CAF MSA AUTREN° d'allocataire : QF : 0 à 359 360 à 564 565 à 720 721 à 900 901 à 1200 1201 à 1500 1501 et + Bénéficiaire des bons vacances CAF ou MSA oui non **AUTORISATION DU CHEF DE FAMILLE**

Je soussigné _____ (parent ou tuteur légal) autorise mon fils, ma fille, (Nom et prénom) _____

A participer à toutes les activités du centre de loisirs, y compris :

- La baignade, les activités nautiques, les activités camping,
- les sorties hors de la commune (quelque soit le moyen de transport).

La diffusion de photos et vidéos de mon enfant faites pendant son séjour

A quitter le centre de loisirs avec l'une des personnes suivantes :

J'autorise en outre, le directeur à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. Ayant pris connaissance du règlement intérieur, je l'approuve et m'engage à le respecter.

Je certifie que les renseignements portés sur cette présente fiche sont exacts.

A _____ le _____ 2019, Signature

Informations complémentaires

Pièces à joindre : 1 photocopie des pages « Vaccination » du carnet de santé

Communes ARCHE Agglo : Arlebosc, Arthemonay, Bathernay, Beaumont-Monteux, Boucieu-le-Roi, Bozas, Bren, Chanos-Curson, Chantemerle-les-Blès, Charmes-sur-Herbasse, Chavannes, Cheminas, Colombier-le-Jeune, Colombier-le-Vieux, Crozes-Hermitage, Érôme, Étables, Gervans, Glun, La Roche-de-Glun, Larnage, Lempis, Margès, Marsaz, Mauves, Mercuriol-Veaunès, Montchenu, Pailharès, Plats, Pont-de-l'Isère, Saint-Barthélémy-le-Plain, Saint-Donat-sur-l'Herbasse, Saint-Félicien, Saint-Jean-de-Muzols, Saint-Victor, Sécheras, Serves-sur-Rhône, Tain l'Hermitage, Tournon-sur-Rhône, Vaudevant, Vion.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILISES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	AUTRES VACCINS	
Du DT polio			___/___/___
Du DT coq			___/___/___
Du Tétracoq			___/___/___
D'une prise polio			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : _____ N° DE TEL : _____ DOMICILE : _____ BUREAU : _____

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

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

