

ARCHE AGGLO HORS ARCHE AGGLO NOE 

NOM .....

PRENOM .....

Né(e) le | | | | | | | | | | à .....

Scolarisé à ..... en classe de ..... Publique Privée

**Parents ou tuteur**

Nom/ prénom du père ..... Nom/ prénom de la mère .....

.....

N° ..... Rue .....

.....

Code postal | | | | | | | | Code postal | | | | | | | |

ville..... ville .....

☎ | | | | | | | | | | ☎ | | | | | | | | | |

☎ | | | | | | | | | | ☎ | | | | | | | | | |

Profession : ..... Profession : .....

Adresse e-mail : .....

De quelle caisse dépendez-vous ? CAF MSA AUTRE .....

N° 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 \_\_\_\_\_ 2018, 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, Lemps, Margès, Marsaz, Mauves, Mercurol-Veunes, 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 ETÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER 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
	DATES	AUTRES VACCINS	
Du DT polio	.....	.....	___ / ___ / ___
Du DT coq	.....	.....	___ / ___ / ___
Du Tétracoq	.....	.....	___ / ___ / ___
D'une prise polio	.....	.....	___ / ___ / ___
RAPPELS	.....	.....	___ / ___ / ___
ANTITUBERCULEUSE (BOG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	DATES
DATES	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	VACCIN	.....	___ / ___ / ___
REVACCINATION	1 <sup>er</sup> RAPPEL	.....	___ / ___ / ___

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"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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)

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