

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 |_|_|_|_|_|

ville.....

☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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
Du DT polio				___ / ___ / ___
Du DT coq				___ / ___ / ___
Du Tétracoq				___ / ___ / ___
D'une prise polio	RAPPELS			___ / ___ / ___
ANTITUBERCULEUSE (BOG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS
DATES		DATES		DATES
1 ^{er} VACCIN	___ / ___ / ___	VACCIN	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
REVACCINATION	___ / ___ / ___	1 ^{er} 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"/>	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)

