



FICHE FAMILLE

Responsable 1

Nom : Prénom :

Qualité* : Père / Mère / Beau-père / Belle-mère/autres (Précisez :)

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ... Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email :

Autorisez-vous les informations par mail de l'ULAMIR centre social du Goyen* : Oui / Non

Organisme tiers N°CAF : **N° MSA** :

Responsable 2

Nom : Prénom :

Qualité* : Père / Mère / Beau-père / Belle-mère/ autres (Précisez :)

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ... Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email :

Autorisez-vous les informations par mail de l'ULAMIR centre social du Goyen* : Oui / Non

Organisme tiers N°CAF : **N° MSA** :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les responsables 1 et 2)

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone fixe	Téléphone mobile
		 / ... / /...../	
		 / ... / /...../	
		 / ... / /...../	

* Entourez la mention

ASSURANCE : Tous les enfants des accueils de loisirs sont assurés auprès de la MAIF N°1970176 J.

FAIT A : _____ Le _____

SIGNATURE DU OU DES RESPONSABLE(S)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021-2022

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance: / /

Garçon Fille

AUTORISATIONS

Autorisez-vous la prise de photos et de films pour la communication de l'ULAMIR CS du GOYEN?

Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul?

Oui Non

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES		



PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION)
EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ : A-T-IL
UN RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE ? TYPE DE RÉGIME

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts
les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale.....

Date :

Signature :