

Fiche Famille - ALSH

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Nationalité : _____

Sexe : _____ Date de Naissance : _____

CP : _____ Commune : _____

Parent – Allocataire CAF de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

Secteur : Sicsal – Hors Sicsal Zone : Savoie - Autre

Situation Familiale : _____

N° Allocataire : CAF ou MSA _____ QF : _____

Nbr Total d'Enfants : _____ Nbr d'Enfants à Charge : _____

Téléphone Domicile : ____/____/____/____/____ Téléphone Mobile : ____/____/____/____/____

E-mail : _____ Régime : Caf MSA Autres

Père : Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ Nationalité : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

Mobile : ____/____/____/____/____ Téléphone domicile : ____/____/____/____/____

Courriel : _____ Autorité Parentale : oui non

Profession : _____ Société : _____ Tél. Pro. : _____

Mère : Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ Nationalité : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

Mobile : ____/____/____/____/____ Téléphone domicile : ____/____/____/____/____

Courriel : _____ Autorité Parentale : oui non

Profession : _____ Société : _____ Tél. Pro. : _____

Autorisations

	Oui	Non
ALSH Jeunesse - Autorisation partir seul		
Autorisation d'hospitalisation/urgence		
Autorisation de baignade		
Autorisation de filmer/photographier		
Autorisation de sortie		
Autorisation de transport		
Délivrer un médicament sur ordonnance		
Utilisation d'image a titre gracieux		
Autorisation consultation cafpro		

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant

Nom/Prénom	Lien Familial	Téléphone 1	Téléphone 2

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence

Nom/Prénom	Lien Familial	Téléphone 1	Téléphone 2

A :	Le :	Signature :
-----	------	-------------



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
Diphthérie				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** pendant le séjour ? 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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ 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 : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non 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, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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 du séjour 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 une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
