

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, accident, crise convulsive, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE :**

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

**VI - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez :

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

**VII - DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE**

Je soussigné(e) : .....

Père, Mère, Tuteur (Rayer les mentions inutiles)

Responsable de l'enfant (Nom et prénom) : .....

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent document, et déclare confier mon enfant, avec la permission de participer à toutes les activités proposées par le centre.

J'autorise le directeur du C.L.S.H. à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer sur lui les interventions urgentes sur toutes prescriptions du médecin.

Je m'engage à payer la part des frais de séjour, (voir d'hospitalisation) incombant à la famille, ainsi que les frais médicaux et pharmaceutiques.

Fait à ..... Le .....

Signature :

**A remplir par le Directeur à l'attention des familles**

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

.....  
.....

**Observations :**

.....  
.....

**CENTRE SOCIAL RURAL  
INTERCOMMUNAL DU PAYS DE  
VALGORGE**

Nom :

Prénom de l'enfant:

**FICHE SANITAIRE DE  
LIAISON**

**ACCUEIL DE LOISIRS**

**CETTE FICHE EST VALABLE 1 AN,  
UN CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION AU SPORT PEUT  
VOUS ETRE REDEMANDE EN COURS D'ANNEE  
(ils ne sont valables que trois mois)**

L'inscription de votre enfant à quelques activités que se soit ne sera prise en compte qu'après règlement de son adhésion, du coût de l'activité si celle-ci est déjà facturée et de la remise de cette fiche correctement remplie.

**Le Village 07110 VALGORGE  
Tél./Fax. : 04.75.88.97.31**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour ou les journées d'accueil de loisirs. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

**I – ENFANT :**

NOM..... PRENOM.....  
 SEXE..... DATE DE NAISSANCE ..... /..... /.....

**II - RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :**

**PERE :** NOM : ..... PRENOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 TELEPHONE (fixe) : .....  
 TEL. (portable) : .....  
 TEL. (professionnel) : .....  
 EMPLOYEUR : .....  
 SECURITE SOCIALE OU AUTRE CAISSE : .....  
 N° IMMATRICULATION ET NOM DE LA PERSONNE COUVRANT L'ENFANT : .....  
 CAF ou MSA (N° allocataire et adresse) : .....  
 QUOTIENT FAMILIAL : .....

**III – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ; **PRESENTER LE CARNET DE SANTE DE L'ENFANT A JOUR DES VACCINATIONS**).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (Préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

**IV - CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION AU SPORT**

(A faire remplir obligatoirement par votre médecin)

Je soussigné, Dr.....

Certifie que l'enfant (Nom, Prénom) .....

Ne présente aucune contre – indication clinique à la pratique du sport.

Fait à .....Le .....Signature et cachet :

**V – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical oui  non

Si oui joindre (**obligatoirement**) l'**ordonnance** et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

**AUCUN MEDICAMENTS NE POURRA ÊTRE DONNES SANS ORDONNANCE.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	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  NON  MEDICAMENTEUSES : OUI  NON   
 ALIMENTAIRE : OUI  NON  AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

.....  
 .....

**REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ( végétarien...)**.....

.....