

## VACCINATIONS

Joindre les copies du carnet de santé relatives aux vaccinations

### VACCINS OBLIGATOIRES:

DT Polio oui non Date du dernier rappel:...../...../.....

VACCINS RECOMMANDES: BCG ROR

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes: Rubéole OUI NON Varicelle OUI NON  
Angine OUI NON Scarlatine OUI NON Coqueluche OUI NON  
Otite OUI NON Rougeole OUI NON Oreillons OUI NON

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil en précisant les dates et les précautions à prendre (épilepsie, asthme, diabète...)?  
NON OUI (Précisez)

Votre enfant a-t-il des réactions allergiques (médicamenteuse, alimentaire...)? NON OUI (précisez)

Votre enfant suit-il un traitement? NON OUI (précisez)

*Si un médicament doit lui être délivré pendant sa présence à l'accueil de loisirs, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).*

Recommandations utiles des parents (port de lentilles, de prothèses auditives...)

Je soussigné( e ) M.....(responsable de l'enfant) certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus, 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.

Je soussigné M.....(responsable de l'enfant) autorise l'équipe pédagogique à faire des photos ou apparaître mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs. Ces photos seront uniquement utilisées afin de valoriser les activités (expositions, article de presse, diaporama de photos...).

DATE: ...../...../.....

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON Accueil de loisirs Mille Bulles

### ENFANT

NOM..... PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE: .....

MAIL: .....@.....

**PÈRE (ou responsable légal 1)**

### PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

NOM: ..... PRENOM.....

N° SECURITE SOCIALE.....PROFESSION.....

TELEPHONE DOMICILE TEL PORTABLE (ou travail)

N° ALLOCATAIRE CAF: .....

**MERE (ou responsable légal 2)**

NOM: ..... PRENOM.....

N° SECURITE SOCIALE.....PROFESSION.....

TELEPHONE DOMICILE TEL PORTABLE (ou travail)

N° ALLOCATAIRE CAF: .....

**Autre personne ( à contacter en cas d'urgence) et/ou habilitée à récupérer l'enfant :**

NOM.....PRENOM.....Lien avec l'enfant.....

..... Adresse et téléphone .....

NOM.....PRENOM.....Lien avec l'enfant.....

..... Adresse et téléphone .....