

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

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes: Rubéole OUI NON Varicelle OUI NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Angine OUI NON Scarlatine OUI NON Coqueluche OUI NON
Otitite 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.

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

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

FICHE SANITAIRE DE LIAISON Accueil de loisirs Mille Bulles

ENFANT

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

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE:

MAIL:@.....

PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

PÈRE (ou responsable légal 1)

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