

Je soussigné (e), M. ou Mme .....

Adresse :

**AUTORISE** la directrice ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (Traitements médicaux, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant désigné sur cette fiche.

**AUTORISE** la directrice et le personnel de l'Accueil de Loisirs de FENEU à transporter, en bus, mon fils ou ma fille ..... pour participer aux sorties extérieures (piscine, patinoire, parc, forêt ...).

**AUTORISE** mon fils ou ma fille à quitter, le Centre de Loisirs **seul** à.....h, le soir après les activités.

**AUTORISE**

*M. ou Mme*..... *Tél*.....

*M ou Mme* ..... *Tél*.....

*M. ou Mme* ..... *Tél*.....

à prendre mon enfant, en cas d'impossibilité de ma part, à l'Accueil de Loisirs de Feneu

**AUTORISE**  **N'AUTORISE PAS** la Commune de Feneu à faire paraître la photo de mon enfant pour différents articles (Presse, Bulletins Municipaux, Site Internet...).

Je déclare avoir pris connaissance de toutes ces différentes autorisations, et j'engage ma seule responsabilité.

Règlement intérieur remis le .....

A FENEU, le .....

**Signature** (Précédée de la mention « lu et approuvé »)



Mairie de Feneu. Place de la Mairie

46460 FENEU

02.41.27.27.30 Fax : 02.41.27.27.34

alshfeneu@feneu.fr



# Fiche sanitaire de liaison Accueil collectif de mineurs ALSH, APS, ADOLESCENTS

Année 2020-2021

**NOM de l'ENFANT :** .....

Prénom ..... Garçon       Fille

Né(e) le ..... à .....

Adresse : .....

Adresse mail : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Travail (père ou responsable de l'enfant) : .....

Travail (mère ou responsable de l'enfant) : .....

Professions ..... / .....

Votre enfant fait-il la sieste ?      oui       non

**En cas d'urgence :**

Médecin de l'enfant : ..... Tél .....

**Aucun médicament ne sera donné aux enfants par les agents  
sauf protocole spécifique.**

Caisse d'allocations familiales : CAF     MSA     numéro d'allocataire.....

### Vaccinations

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates du dernier rappel | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|-------------------------|---------------------|-------|
| DT Polio             |     |     |                         | Méningite           |       |
| Tetracoq             |     |     |                         | Coqueluche          |       |
| ROR                  |     |     |                         | Hépathite B         |       |

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.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Répondre par oui ou non

| Rubéole | Varicelle | Angine | Rhumatisme articulaire aigu | Scarlatine |
|---------|-----------|--------|-----------------------------|------------|
|         |           |        |                             |            |

  

| Coqueluche | Otite | Rougeole | Oreillons | Autre |
|------------|-------|----------|-----------|-------|
|            |       |          |           |       |

### ALLERGIES

- ASTHME                                    oui                     non
- MEDICAMENTEUSES                    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 :

.....

.....

.....

### Recommandations utiles des parents

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

.....

.....

.....