



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2018/2019

Accueil de Loisirs – Association Centre Aéré Franquevillais

Ecole Louis Lemmonier – Place Marcel Ragot – 76520 Franqueville St Pierre

ENFANT GARCON : FILLE : DATE DE NAISSANCE :

NOM :PRENOM :

JOINDRE PHOTOCOPIE DES VACCINS + ATTESTATION D'ASSURANCE

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|
| - Rubéole oui - non | - Coqueluche oui - non | - Varicelle oui - non |
| - Angine oui - non | - Rhumatisme articulaire oui - non | - Scarlatine oui - non |
| - Oreillons oui - non | - Rougeole oui - non | - Otite oui - non |

ALLERGIES : - Alimentaires : **oui - non** - Médicamenteuses : **oui - non**
- Autres : **oui - non** si oui lesquelles

DIABETE : **oui - non** **ASTHME** : **oui - non**

SI OUI PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES :
.....
.....

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, 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, etc.... Précisez.
.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans lait...)

- PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES & SPORTIVES

Votre enfant est-il apte à la pratique des activités physiques et sportives ? oui - non
Sinon fournir un certificat médical de contre-indication.

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOMPRENOM

ADRESSE

Tél.fix Portable travail.....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

- EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, 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.

Personne à prévenir en cas d'urgence (après le responsable légal)

1 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

2 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

- autorise **oui - non** mon enfant à quitter seul le centre de loisirs dès 17h.

Nom des personnes qui viendront le chercher

- autorise **oui - non** mon enfant à participer à l'ensemble des activités pratiquées dans les locaux du groupe scolaire Louis Lemonnier. De même, je l'autorise à se déplacer à pied, en bus, en métro, sous la responsabilité de ses animateurs, pour pratiquer des activités sportives et éducatives.

Si besoin est, je précise dès maintenant l'activité qu'il ne pourra pas effectuer.

- autorise **oui - non** mon enfant à se baigner. – Mon enfant sait nager **oui - non**
- autorise **oui - non** mon enfant à être pris en photo et filmer. (panneau photos dans le centre, blog du centre de loisirs, site de la Mairie, journal de Franqueville, presse...)

Fait à Franqueville-Saint-Pierre, le Signature du responsable légal.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2018/2019

Accueil de Loisirs – Association Centre Aéré Franquevillais

Ecole Louis Lemmonier – Place Marcel Ragot – 76520 Franqueville St Pierre

ENFANT GARCON : FILLE : DATE DE NAISSANCE :

NOM :PRENOM :

JOINDRE PHOTOCOPIE DES VACCINS + ATTESTATION D'ASSURANCE

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|
| - Rubéole oui - non | - Coqueluche oui - non | - Varicelle oui - non |
| - Angine oui - non | - Rhumatisme articulaire oui - non | - Scarlatine oui - non |
| - Oreillons oui - non | - Rougeole oui - non | - Otite oui - non |

ALLERGIES : - Alimentaires : **oui - non** - Médicamenteuses : **oui - non**
- Autres : **oui - non** si oui lesquelles

DIABETE : **oui - non** **ASTHME** : **oui - non**

SI OUI PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES :
.....
.....

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, 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, etc.... Précisez.
.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans lait...)

- PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES & SPORTIVES

Votre enfant est-il apte à la pratique des activités physiques et sportives ? oui - non
Sinon fournir un certificat médical de contre-indication.

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOMPRENOM

ADRESSE

Tél.fix Portable travail.....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

- EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, 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.

Personne à prévenir en cas d'urgence (après le responsable légal)

1 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

2 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

- autorise **oui - non** mon enfant à quitter seul le centre de loisirs dès 17h.

Nom des personnes qui viendront le chercher

- autorise **oui - non** mon enfant à participer à l'ensemble des activités pratiquées dans les locaux du groupe scolaire Louis Lemonnier. De même, je l'autorise à se déplacer à pied, en bus, en métro, sous la responsabilité de ses animateurs, pour pratiquer des activités sportives et éducatives.

Si besoin est, je précise dès maintenant l'activité qu'il ne pourra pas effectuer.

- autorise **oui - non** mon enfant à se baigner. – Mon enfant sait nager **oui - non**
- autorise **oui - non** mon enfant à être pris en photo et filmer. (panneau photos dans le centre, blog du centre de loisirs, site de la Mairie, journal de Franqueville, presse...)

Fait à Franqueville-Saint-Pierre, le Signature du responsable légal.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2018/2019

Accueil de Loisirs – Association Centre Aéré Franquevillais

Ecole Louis Lemmonier – Place Marcel Ragot – 76520 Franqueville St Pierre

ENFANT GARCON : FILLE : DATE DE NAISSANCE :

NOM :PRENOM :

JOINDRE PHOTOCOPIE DES VACCINS + ATTESTATION D'ASSURANCE

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|
| - Rubéole oui - non | - Coqueluche oui - non | - Varicelle oui - non |
| - Angine oui - non | - Rhumatisme articulaire oui - non | - Scarlatine oui - non |
| - Oreillons oui - non | - Rougeole oui - non | - Otite oui - non |

ALLERGIES : - Alimentaires : **oui - non** - Médicamenteuses : **oui - non**
- Autres : **oui - non** si oui lesquelles

DIABETE : oui - non **ASTHME :** oui - non

SI OUI PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES :
.....
.....

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, 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, etc.... Précisez.
.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans lait...)

- PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES & SPORTIVES

Votre enfant est-il apte à la pratique des activités physiques et sportives ? oui - non
Sinon fournir un certificat médical de contre-indication.

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOMPRENOM

ADRESSE

Tél.fix Portable travail.....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

- EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, 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.

Personne à prévenir en cas d'urgence (après le responsable légal)

1 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

2 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

- autorise **oui - non** mon enfant à quitter seul le centre de loisirs dès 17h.

Nom des personnes qui viendront le chercher

- autorise **oui - non** mon enfant à participer à l'ensemble des activités pratiquées dans les locaux du groupe scolaire Louis Lemonnier. De même, je l'autorise à se déplacer à pied, en bus, en métro, sous la responsabilité de ses animateurs, pour pratiquer des activités sportives et éducatives.

Si besoin est, je précise dès maintenant l'activité qu'il ne pourra pas effectuer.

- autorise **oui - non** mon enfant à se baigner. – Mon enfant sait nager **oui - non**
- autorise **oui - non** mon enfant à être pris en photo et filmer. (panneau photos dans le centre, blog du centre de loisirs, site de la Mairie, journal de Franqueville, presse...)

Fait à Franqueville-Saint-Pierre, le Signature du responsable légal.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2018/2019

Accueil de Loisirs – Association Centre Aéré Franquevillais

Ecole Louis Lemmonier – Place Marcel Ragot – 76520 Franqueville St Pierre

ENFANT GARCON : FILLE : DATE DE NAISSANCE :

NOM :PRENOM :

JOINDRE PHOTOCOPIE DES VACCINS + ATTESTATION D'ASSURANCE

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|
| - Rubéole oui - non | - Coqueluche oui - non | - Varicelle oui - non |
| - Angine oui - non | - Rhumatisme articulaire oui - non | - Scarlatine oui - non |
| - Oreillons oui - non | - Rougeole oui - non | - Otite oui - non |

ALLERGIES : - Alimentaires : **oui - non** - Médicamenteuses : **oui - non**
- Autres : **oui - non** si oui lesquelles

DIABETE : **oui - non** **ASTHME** : **oui - non**

SI OUI PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES :

.....
.....

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, 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, etc.... Précisez.

.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans lait...)

- PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES & SPORTIVES

Votre enfant est-il apte à la pratique des activités physiques et sportives ? oui - non

Sinon fournir un certificat médical de contre-indication.

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOMPRENOM

ADRESSE

Tél.fix Portable travail.....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

- EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, 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.

Personne à prévenir en cas d'urgence (après le responsable légal)

1 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

2 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

- autorise **oui - non** mon enfant à quitter seul le centre de loisirs dès 17h.

Nom des personnes qui viendront le chercher

- autorise **oui - non** mon enfant à participer à l'ensemble des activités pratiquées dans les locaux du groupe scolaire Louis Lemonnier. De même, je l'autorise à se déplacer à pied, en bus, en métro, sous la responsabilité de ses animateurs, pour pratiquer des activités sportives et éducatives.

Si besoin est, je précise dès maintenant l'activité qu'il ne pourra pas effectuer.

- autorise **oui - non** mon enfant à se baigner. – Mon enfant sait nager **oui - non**
- autorise **oui - non** mon enfant à être pris en photo et filmer. (panneau photos dans le centre, blog du centre de loisirs, site de la Mairie, journal de Franqueville, presse...)

Fait à Franqueville-Saint-Pierre, le Signature du responsable légal.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2018/2019

Accueil de Loisirs – Association Centre Aéré Franquevillais

Ecole Louis Lemmonier – Place Marcel Ragot – 76520 Franqueville St Pierre

ENFANT GARCON : FILLE : DATE DE NAISSANCE :

NOM :PRENOM :

JOINDRE PHOTOCOPIE DES VACCINS + ATTESTATION D'ASSURANCE

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|
| - Rubéole oui - non | - Coqueluche oui - non | - Varicelle oui - non |
| - Angine oui - non | - Rhumatisme articulaire oui - non | - Scarlatine oui - non |
| - Oreillons oui - non | - Rougeole oui - non | - Otite oui - non |

ALLERGIES : - Alimentaires : **oui - non** - Médicamenteuses : **oui - non**
- Autres : **oui - non** si oui lesquelles

DIABETE : **oui - non** **ASTHME** : **oui - non**

SI OUI PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES :
.....
.....

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, 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, etc.... Précisez.
.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans lait...)

- PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES & SPORTIVES

Votre enfant est-il apte à la pratique des activités physiques et sportives ? oui - non
Sinon fournir un certificat médical de contre-indication.

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOMPRENOM

ADRESSE

Tél.fix Portable travail.....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

- EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, 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.

Personne à prévenir en cas d'urgence (après le responsable légal)

1 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

2 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

- autorise **oui - non** mon enfant à quitter seul le centre de loisirs dès 17h.

Nom des personnes qui viendront le chercher

- autorise **oui - non** mon enfant à participer à l'ensemble des activités pratiquées dans les locaux du groupe scolaire Louis Lemonnier. De même, je l'autorise à se déplacer à pied, en bus, en métro, sous la responsabilité de ses animateurs, pour pratiquer des activités sportives et éducatives.

Si besoin est, je précise dès maintenant l'activité qu'il ne pourra pas effectuer.

- autorise **oui - non** mon enfant à se baigner. – Mon enfant sait nager **oui - non**
- autorise **oui - non** mon enfant à être pris en photo et filmer. (panneau photos dans le centre, blog du centre de loisirs, site de la Mairie, journal de Franqueville, presse...)

Fait à Franqueville-Saint-Pierre, le Signature du responsable légal.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2018/2019

Accueil de Loisirs – Association Centre Aéré Franquevillais

Ecole Louis Lemmonier – Place Marcel Ragot – 76520 Franqueville St Pierre

ENFANT GARCON : FILLE : DATE DE NAISSANCE :

NOM :PRENOM :

JOINDRE PHOTOCOPIE DES VACCINS + ATTESTATION D'ASSURANCE

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|
| - Rubéole oui - non | - Coqueluche oui - non | - Varicelle oui - non |
| - Angine oui - non | - Rhumatisme articulaire oui - non | - Scarlatine oui - non |
| - Oreillons oui - non | - Rougeole oui - non | - Otite oui - non |

ALLERGIES : - Alimentaires : **oui - non** - Médicamenteuses : **oui - non**
- Autres : **oui - non** si oui lesquelles

DIABETE : oui - non **ASTHME :** oui - non

SI OUI PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES :
.....
.....

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, 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, etc.... Précisez.
.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans lait...)

- PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES & SPORTIVES

Votre enfant est-il apte à la pratique des activités physiques et sportives ? oui - non
Sinon fournir un certificat médical de contre-indication.

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOMPRENOM

ADRESSE

Tél.fix Portable travail.....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

- EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, 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.

Personne à prévenir en cas d'urgence (après le responsable légal)

1 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

2 – Nom Prénom

Adresse

Tel 1 Tel 2

Lien avec le responsable légal

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

- autorise **oui - non** mon enfant à quitter seul le centre de loisirs dès 17h.

Nom des personnes qui viendront le chercher

- autorise **oui - non** mon enfant à participer à l'ensemble des activités pratiquées dans les locaux du groupe scolaire Louis Lemonnier. De même, je l'autorise à se déplacer à pied, en bus, en métro, sous la responsabilité de ses animateurs, pour pratiquer des activités sportives et éducatives.

Si besoin est, je précise dès maintenant l'activité qu'il ne pourra pas effectuer.

- autorise **oui - non** mon enfant à se baigner. – Mon enfant sait nager **oui - non**
- autorise **oui - non** mon enfant à être pris en photo et filmer. (panneau photos dans le centre, blog du centre de loisirs, site de la Mairie, journal de Franqueville, presse...)

Fait à Franqueville-Saint-Pierre, le Signature du responsable légal.