

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT : **Mère :****Père :****NOM :****NOM :****Prénom :****Prénom :****Date de naissance :****Date de naissance :****Adresse :****Adresse :****Ville :****Ville :****Code Postal :****Code postal :****Portable :****Portable :****Fixe :****Fixe :****Travail :****Travail :****Profession :****Profession :****Mail :****Mail :** **Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales :****Numéro d'allocataire :****Ou****Numéro Matricule MSA :** **Renseignements particuliers :****Personnes autorisés à reprendre l'enfant -----****L'enfant peut-il rentrer seul chez lui ?** **Oui** **Non****L'enfant peut participer aux sorties (pieds, mini bus, car ...) ?** **Oui** **Non****L'enfant peut être photographié et/ou filmé par le Centre Social. Les photos ou films pourront être publiés sur différents supports (presse, affichage, journal du centre, site internet, réseaux sociaux) ?** **Oui** **Non****Nous avons pris connaissance et accepté le règlement de fonctionnement qui nous a été remis à l'inscription.****Signature des parents / Date**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON-ACCUEIL JEUNE**ANNÉE 2022**

VACCINATIONS : (Se référer au carnet de santé et aux certifications de vaccinations de l'enfant)

Si l'enfant n'as pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	✓	Date
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				Rubéole		
Poliomyélite				Coqueluche		
Ou DT polio				B.C.G		
Ou Tétracoq				Autres :		

- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**L'enfant doit-il suivre un traitement Médical pendant les journées ? Oui NonSi oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boites d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). **ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**- **Nom et numéro du médecin traitant (facultatif) :**
.....

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- **L'enfant est-il sensible à l'une de ces allergies ?**

-Médicamenteuse

- Asthme

- Alimentaires

- Autres :

- **Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**
.....- **Indiquez les difficultés de santé et les précautions à prendre :** (maladies, accidents, hospitalisations)
.....- **Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, régimes alimentaire :**
.....