



Bienvenue au Club des Galopins !

esf LA ROSIÈRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

SEMAINE DU...../...../..... AU/...../.....

Baby Club

Club loisirs

1 - L'ENFANT :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

POIDS : KG

2 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

• Nom :

• Prénom :

• Adresse pendant le séjour :

• Adresse permanente :

• Numéro de téléphone 1 :

• Numéro de téléphone 2 :

• Adresse email :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Pour tous les enfants				Enfant né après 2018			
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Haemophilus			
Poliomyélite				Pneumocoque			
				Hépatite B			
				Rubéole-Oreillons - Rougeole			
				Méningocoque C			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des 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, ni sans P.A.I.**

● ALLERGIES :

ASTHME :	oui <input type="checkbox"/>	Lesquelles :	non <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES :	oui <input type="checkbox"/>	Lesquelles :	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES :	oui <input type="checkbox"/>	Lesquelles :	non <input type="checkbox"/>
AUTRES :	oui <input type="checkbox"/>	Lesquelles :	non <input type="checkbox"/>

● L'enfant présente-t-il un problème de santé? oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE/ PROBLEME DE SANTE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

● Recommandations utiles des parents (Lunettes, prothèses auditives, comportement de l'enfant...).....

.....

.....

.....

.....

.....

● Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM et PRÉNOM	NUMERO DE TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

5 - AUTORISATIONS

● Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant (autres que les parents):

NOM et PRÉNOM	NUMERO DE TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

● J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil de loisirs oui non Si oui heure de départ :

● J'autorise le club des Galopins à utiliser des photos de mon enfant prises pendant les temps d'activités pour décorer le club, les pages de communication, site internet et brochures du club des Galopins : oui non

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du club des Galopins à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De plus, j'autorise l'équipe du club des Galopins à administrer du paracétamol à mon enfant en cas de T° > 38,5°C (après m'avoir contacté).

Date :

Signature: