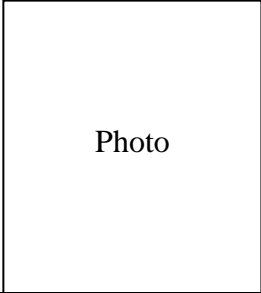




FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE DE LIAISON ET D'INFORMATION
ANNEE 20...

- INSCRIPTION DE :

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARÇON FILLE
 TEL :



2 - VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie					
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

3 – 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Si automédication le signaler. Seules les restrictions alimentaires avec avis médical sont acceptées)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise 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 :

.....



Nom et prénom des parents : Madame.....
 : Monsieur.....
 Si autre nom du tuteur légal :

Situation familiale : Célibataire Marié Pacsé Vie maritale
 (facultatif) Veuf Divorcé Séparé famille monoparentale

Profession de Madame.....
 Profession de Monsieur.....

☎ Domicile :..... ☎ Travail :.....
 ☎ Portables :..... E-Mail :.....

Adresse complète :.....

Zone d'habitation : Aix Nord Hors Aix Nord
 N° C.A.F. :..... Quotient familial :..... Catégorie.....
 N° de Sécurité Sociale..... Régime Général MSA Militaire

Nom de l'assurance (responsabilité civile) et n° :

Nom et tel. du médecin traitant (facultatif) :

Nom et Prénom 1 ^{er} enfant :	Nom et Prénom 2 ^{ème} enfant :
Date de naissance :	Date de naissance :
Ecole et classe :	Ecole et classe :
Nom et Prénom 3 ^{ème} enfant :	Nom et Prénom 4 ^{ème} enfant :
Date de naissance :	Date de naissance :
Ecole et classe :	Ecole et classe :

J'autorise mon (mes) enfant(s) à partir seul(s) en fin de journée : oui non

J'autorise mon ou mes enfants à partir avec les personnes suivantes (ces personnes devront obligatoirement présenter une pièce d'identité en venant chercher l'enfant).

J'ai pris connaissance de l'extrait du règlement de l'ALSH concernant les horaires et modalités d'inscription.

J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre de son inscription.

Sauf contre- indication médicale (produire le certificat médical) :.....

Je prends connaissance de la possibilité de quartier libre surveillé (uniquement pour le secteur jeune).

J'autorise le Centre socioculturel Aix Nord à prendre en photo ou à filmer mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités et à les utiliser le cas échéant pour les documents produits par le Centre Social (plaquette, site internet, diaporama, exposition....).

Je suis informé que le centre social peut si nécessaire transmettre les coordonnées de mon enfant aux partenaires institutionnels (CAF, CPA, Ville, Conseil Régional, Conseil Général, Etat...).

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre (ou séjour) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Aix en Provence le.....

Signature du responsable légal de l'enfant

Adhésion familiale pour l'année civile 20.. : 20€