

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### VACCINATIONS :

(Se référer au Carnet de Santé)

#### VACCINS OBLIGATOIRES

	<u>DATE</u>
Diphtérie	.....
Tétanos	.....
Poliomyélite	.....
OU DT Polio	.....
OU Tétracoq	.....

#### VACCINS RECOMMANDÉS

	<u>DATE</u>
Coqueluce	.....
Hépatite B	.....
Rubéole – Oreillon – Rougeole	.....
BCG	.....
Autres (préciser)	.....

#### Le mineur a-t'il déjà eu les maladies suivantes ?

(Cochez les maladies que l'enfant a eu)

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

#### ALLERGIES :

- Asthme
- Alimentaires
- Médicamenteuses
- Autres (animaux, plantes, pollen,...)

*Précisez l'origine de l'allergie ainsi que la conduite à tenir:*

.....

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant)

.....

**Recommandations particulières,** (*port de lunettes/lentilles – appareil dentaire ou auditif-comportement de l'enfant.....*):

.....

**L'enfant suit-il un régime alimentaire ?** (Si oui, précisez lequel)

.....

**N° Assuré Social (dont dépend l'enfant) :**

\_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ / \_

**Profession du Père :** ..... **Employeur :** .....

**Profession de la Mère :** ..... **Employeur :** .....

**L'enfant vient-il pour la première fois en Centre de Vacances :**  OUI  NON

**Centres fréquentés les 2 dernières années :**

.....  
.....

**Je soussigné(e),** .....

**Responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche**

**Date :** .....

**Signature**

## DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Pour être admis en Centre de vacances, cette déclaration devra **OBLIGATOIREMENT être REMPLIE et SIGNÉE par le responsable légal de l'enfant.**

Je soussignée (e) : .....

Père  Mère  Tuteur

### AUTORISE le Directeur du Centre de Vacances :

- A faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération, non remboursés par la Sécurité Sociale.
- J'autorise en outre mon enfant, à participer à toutes les activités du Centre de Vacances.

En cas de DIVORCE : J'autorise  Je n'autorise pas

A accorder une rencontre de l'enfant avec : Son Père  Sa Mère

Sur l'aire de la colonie même  en dehors de la colonie

**Nota :** Dans le cas où il n'y aurait pas d'autorisation, joindre au dossier une photocopie du jugement.

> Visite au Centre de Vacances : .....

> Prise en charge : .....

- L'enfant, ne pourra être confié par le Directeur du Centre aux parents ou à toute autre personne, que sur demande écrite et signée du responsable légal qui déchargera le Directeur de toute responsabilité (joindre à la demande une photocopie de la carte d'identité)
- **CULTE :** Nos Centres de Vacances sont laïques ; en conséquence, il ne peut y avoir aucune manifestation religieuse à l'intérieur du Centre.

Lu et approuvé A ..... le .....

SIGNATURE

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU INCORRECTEMENT REMPLI SERA REFUSE



PHOTO  
OBLIGATOIRE

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

**ACM**

(Accueil Collectif de Mineur)

**NOM et Prénom de l'enfant**

Date et lieu de naissance : .....

Age :

Sexe :

.....  
Responsable(s) de l'enfant : Père  Mère  Tuteur

Nom / Prénom : .....

Adresse habituelle : .....

Nom Salarié AH: ..... Matricule: .....

Portable père : ..... Tel domicile : .....

Portable mère: ..... Tel Pro : .....

Email : .....

Autre personne à contacter en cas d'urgence : .....

Tel : .....