

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ( COPIE DES VACCINATIONS A AGRAFER A CETTE FEUILLE)	FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT
Nom et prénom de l'enfant: .....	
Date de naissance: .... AGE ..... Garçon / Fille	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication Vaccin obligatoire: Tetanos / Poliomyélite / Diphtérie	Votre enfant sait-il nager? <span style="float: right;">Oui Non</span> Si NON merci de lui fournir des brassards, ...pour les sorties piscine
---	--

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? <span style="float: right;">Oui Non</span>	Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile? <span style="float: right;">Oui Non</span> Si OUI à partir de quelle heure peut-il quitter le centre?.....
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)	Peut-on diffuser les photos de votre enfant, prises au centre de loisirs ? <span style="float: right;">Oui Non</span>

MALADIES	ALLERGIES	Personnes autorisées à récupérer l'enfant
Coqueluche	oui non	M.Mme.Mlle.....
Varicelle	oui non	Lien avec l'enfant.....
Otite	oui non	M.Mme.Mlle.....
Angine	oui non	Lien avec l'enfant.....
Rougeole	oui non	M.Mme.Mlle.....
Rhumatisme	oui non	Lien avec l'enfant.....
Oreillons	oui non	M.Mme.Mlle.....
Scarlatine	oui non	Lien avec l'enfant.....
		M.Mme.Mlle.....
		Lien avec l'enfant.....

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergie (si automédication le signaler)

Responsable de l'enfant
Nom et prénom : .....
Adresse : .....
Téléphone domicile : .....
Téléphone du travail du père : .....
Téléphone du travail de la mère : .....
Téléphone portable père : .....
Téléphone portable mère : .....
Téléphone autre : .....

Recommandations utiles des parents
Votre enfant porte t-il des lunettes,des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

Le médecin traitant
Nom : .....
Adresse (nom de la ville) : ..... Téléphone : .....
Je soussigné,.....
Responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et 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.
<b>DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES :</b>

Coordonnées de l'organisme des vacances  
 Espace jeunes: 04.78.02.46.93. / 06.08.27.80.43  
 Centre de loisirs se déroulant à l'école des marais pour les 4-9 ans  
 Centre de loisirs se déroulant au pôle ados pour les 10-16 ans  
 17 rue du pontet 69360 St Symphorien d'Ozon

CCAS - SERVICE JEUNESSE  
 MAIRIE DE ST SYMPHORIEN D'OZON  
 MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
 Code de l'Action Sociale et des Familles