

**CENTRES DE LOISIRS
CLUBS PRÉ-ADOS, CLUB ADOS**

ANNÉE 2021/2022

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
LE POTAGER**



Centre fréquenté :

Nom :

Prénom :

Né(e) le : Sexe : F M

Fournir une **copie du carnet de santé**. Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...	Dates

Maladies :

- Varicelle Oreillons Rougeole Rubéole
 Coqueluche Asthme Diphtérie Méningite Scarlatine

AUCUN TRAITEMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ

- Allergies** Asthme Oui Non Alimentaire Oui Non
 Médicamenteuse Oui Non Autre :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....



L'enfant est-il bénéficiaire d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, joindre une copie du protocole effectué dans le cadre scolaire.

En cas de traitement lourd, vérifier les périodes de validité des médicaments déposés au Centre de loisirs ou au Club et les renouveler périodiquement si nécessaire.

Précisez si l'enfant suit, hors PAI, un régime alimentaire particulier (porc, crustacés, viande...)

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père

Nom :

Prénom :

Tél domicile :

Tél professionnel :

Tél portable :

Mère

Nom :

Prénom :

Tél domicile :

Tél professionnel :

Tél portable :

N° d'assurance :

Nom de la compagnie d'assurance :

Adresse de la compagnie d'assurance :

Téléphone de la compagnie d'assurance :

Recommandations des parents :

.....

.....

Je soussigné(e) M/Mme représentant légal agissant

en qualité de **Mère** **Père** **Tuteur** de l'enfant, certifie exacts les renseignements

portés sur cette fiche. J'autorise formellement le responsable du Centre de loisirs ou au Club

à prendre toutes les mesures nécessaires afin de faire pratiquer à mon enfant tout examen

médical ainsi que toute intervention chirurgicale (même sous anesthésie) par le corps médical

de tutelle. J'autorise aussi, le cas échéant, le responsable du Centre de loisirs ou au Club à

recupérer mon enfant à la sortie de l'hôpital, après accord du corps médical.

Fait à Levallois,

Signatures

"Lu et approuvé"
Père

"Lu et approuvé"
Mère