

RENSEIGNEMENTS Accueil de Loisirs de Pissy Pôville 2022/2023

Je soussigné(e) (nom, prénom des parents) :

adresse :

email :

autorise la directrice à appeler les secours et à faire les démarches nécessaires dans le cas où l'état de santé de mon fils - ma fille - mes enfants :

nécessiterait une intervention urgente dans un établissement hospitalier ou chez le médecin. Je donne également l'autorisation de le faire opérer en cas d'extrême urgence.

NB : Si nécessaire, préciser les problèmes particuliers : allergies, PAI (déposé en mairie), etc...

N° de Sécurité Sociale :
CPAM MSA Autre :

Nom de société et N° du contrat d'assurance responsabilité civile :
(fournir une attestation)

Numéros de téléphone où l'on peut vous joindre en cas d'urgence :

Professionnel Madame ou Monsieur :

Portable Madame ou Monsieur :

Autres (voisine, nounou,...) :

Lors des activités, votre enfant peut être amené à être photographié et les photos pourront être exposées.

Nous autorisez-vous à prendre votre enfant en photo et à l'exposer dans le Pissy Info et dans les journaux locaux ? Oui Non

A l'exposer sur le site internet de la commune ? Oui Non

Retour à la maison :

Pour des raisons de responsabilité, nous vous remercions de bien vouloir mentionner le nom des personnes autorisées à venir chercher votre ou vos enfants :

NOM - Prénom

Lien de parenté

L'enfant rentrera chez lui seul sur le temps de la garderie à ... H (quelle heure ?)

A Pissy-Pôville, le

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou faire une photocopie du carnet de santé de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DTP				Méningocoque de sérogroupe C	
Coqueluche				Rubéole Oreillons Rougeole	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b				Autres (préciser)	
Hépatite B					
Infections invasives à pneumocoque				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical quotidien** ? oui non

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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il un **PAI** ?

oui non

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES _____

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