

# RENSEIGNEMENTS Accueil de Loisirs de Pissy Pôville 2024/2025

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, à l'exposer dans le Pissy Info et donc 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 séro groupe 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  si oui, le PAI doit obligatoirement nous être fourni.

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---