

## ● L'enfant

Nom ..... Prénom ..... Sexe : M  F   
 Date de naissance ...../...../..... L'enfant sait-il nager ? OUI  NON   
 Ecole : ..... Classe .....

## ● La famille

### ▶ Nombre d'enfants à charge dans la famille

▶ Parent 1 : Le père  La mère  Le tuteur

Situation familiale :  en couple (marié, vie maritale...)  seul(e) (divorcé, séparé...)

Nom ..... Prénom ..... N° sécurité sociale .....  
 Adresse : .....  
 CP et Ville ..... Adresse mél ..  
 ☎ domicile ..... ☎ trav. .... ☎ port. ....

▶ Parent 2 : Le père  La mère

Situation familiale :  en couple (marié, vie maritale...)  seul(e) (divorcé, séparé...)

Nom ..... Prénom ..... N° sécurité sociale : .....  
 Adresse .....  
 CP et Ville ..... Adresse mél ..  
 ☎ domicile ..... ☎ trav. .... ☎ port. ....

### ▶ Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom ..... Prénom ..... ☎ .....  
 Nom ..... Prénom ..... ☎ .....

## ● Régime allocataire

CAF  CAF du Gard  ou autre caisse  N° d'allocataire CAF : .....  
 ou MSA  MSA du Gard  ou autre caisse  N° d'allocataire MSA : .....  
 ou Autre régime

## ● Droit à l'image

Je, soussigné(e), autorise le centre social et socioculturel l'Oustal à filmer (et/ou photographier), sans contrepartie de quelque nature que ce soit, mon enfant mineur mentionné ci-dessus, au cours des diverses activités auxquelles il participera durant l'année scolaire 2017-2018.

J'autorise l'Oustal à utiliser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant sur les dépliants et le site internet de l'Oustal durant une période de 2 ans.

Fait à ..... le ...../...../.....

Nom et Signature .....



1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare  
exacts 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.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS