

Documents à fournir : copies des vaccins, avis d'impôt de l'année (uniquement pour les inscriptions alsh) et aides ATL CAF de l'année

## L'enfant

Nom	Prénom	Sexe :	M	F
Date de naissance		L'enfant sait-il nager ?	OUI	NON
L'enfant est-il scolarisé ?	OUI NON	Ecole		
Classe	L'enfant est-il en situation de handicap ?	OUI NON	P.A.I ?	OUI NON

## 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° SS :

Adresse :

CP et Ville                                  Adresse mél

☎ domicile                                  ☎ trav                                  ☎ port

▶ Parent 2 : Le père      La mère      Le tuteur

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

Nom                                  Prénom                                  N° SS :

Adresse :

CP et Ville                                  Adresse mél

☎ domicile                                  ☎ trav                                  ☎ port

▶ Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom                                  Prénom                                  ☎

Nom                                  Prénom                                  ☎

Je soussigné(e),                                  autorise mon enfant à repartir seul des activités organisées par l'Oustal

Oui      Non

## 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 mentionner ci-dessus, au cours des diverses activités auxquelles il participera durant l'année scolaire 2021-2022.

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



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATION OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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).

ALLERGIES ALIMENTAIRES Oui Non  
MEDICAMENTEUSES Oui Non  
Autres (animaux, plantes, pollen) : Oui Non  
Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser Oui Non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc..

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR.

Responsable N°1 : NOM : PRENOM :  
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL  
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRENOM :  
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL  
TEL PORTABLE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures tendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur :

Date :

Signature :