

## ● 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° 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 ..... ☎ .....

Je soussigné(e), autorise mon enfant à repartir seul des activités du centre de loisirs 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 mentionné ci-dessus, au cours des diverses activités auxquelles il participera durant l'année scolaire 2019-2020.

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**