

● 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 2020-2021.

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)

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

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL 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). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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 : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL 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 mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :