



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

DOCUMENT CONFIDENTIEL

LE JEUNE

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE
CLASSE : _____ ECOLE : _____

VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3). Pour rappel :

| VACCINS OBLIGATOIRES | VACCINS RECOMMANDÉS <u>Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018</u> |
|----------------------|---|
| Diphtérie | Hépatite B * |
| Tétanos | Rubéole-Oreillons-Rougeole* |
| Poliomyélite | Coqueluche* |
| | Méningocoque C* |
| | Pneumocoque * |
| | Méningite Hib* |
| | Autres : |

***SI L'ADO N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ADO

L'ados suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil ados ? 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'ado avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ADO A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES OUI NON
*ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES : _____

PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical :

CONDUITE À TENIR :

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles. NON

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre. OUI NON
(ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? OUI NON

Si oui, nous souhaitons rencontrer la famille avant l'inscription. Cela nous permettra de définir ensemble les termes d'un accueil personnalisé.

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE SANS PORC AUTRES _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

Baignade : **SAIT NAGER** Joindre le certificat **NE SAIT PAS NAGER**

MÉDECIN TRAITANT :

NOM : _____ Tél : _____
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE Joindre l'attestation de droits de la sécu. : _____

RESPONSABLE DE L'ADO

SITUATION FAMILIALE : Marié Pacsé/Concubinage Divorcé Célibataire Autres : _____

Responsable N°1 : NOM : _____ PRÉNOM : _____ Né(e) : _____
ADRESSE : _____
TEL DOMICILE _____ TEL PORTABLE : _____ TEL TRAVAIL _____
PROFESSION : _____

Responsable N°2 : NOM : _____ PRÉNOM : _____ Né(e) : _____
ADRESSE : _____
TEL DOMICILE _____ TEL PORTABLE : _____ TEL TRAVAIL _____
PROFESSION : _____

COURRIEL (obligatoire) : _____ @ _____

RÉGIME ALLOCATAIRE (obligatoire) : CAF MSA AUTRES _____ (préciser)
N° ALLOCATAIRE : _____
QUOTIENT FAMILIAL : _____ €

LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ADO :

| Nom | Prénom | Téléphone | À prévenir en cas d'urgence ¹ | Autorisé à venir chercher mon enfant ¹ |
|-----|--------|-----------|--|---|
| | | | | |
| | | | | |

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) **Nom – Prénom :** _____ représentant légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant (à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs et utiliser le transport prévu (à pied, en car, minibus, bus...)
- Autorise l'équipe encadrante à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (médecin, SAMU, hospitalisation...).
- Autorise l'équipe encadrante à donner les médicaments prescrits par le médecin - *ordonnance à fournir obligatoirement*
- Autorise l'équipe encadrante à filmer, enregistrer ou photographier mon enfant pour utilisation sur les différents supports de communication de l'association du Centre SocioCultuel du Cerizéen (site internet, presse, réseaux sociaux). En aucun cas la diffusion de ces images ne sera liée à un but commercial.

- Choix 1** : les parents de l'ado **lui permettent d'aller et venir comme il le souhaite** durant les horaires de l'accueil. Auquel cas il n'y a pas de facturation supplémentaire pour accéder à l'accueil de loisirs 11-14 ans. L'ado sera sous la responsabilité du Centre SocioCultuel lors de sa présence dans notre accueil, et il pourra partir quand il le souhaite. L'accueil de l'ado se fera en fonction des places restantes.
- Choix 2** : les parents **souhaitent que leur ado ne puisse pas sortir comme il le souhaite** de l'accueil de loisirs 11-14 ans. Auquel cas une tarification s'appliquera.

| Tarifs mercredis – Accueil ados | | |
|---------------------------------|----------------|----------------|
| Quotient familial | Forfait cycle* | Forfait annuel |
| <1000 € | 6 € | 25 € |
| >1000 € | 10 € | 40 € |

**Un cycle est une période scolaire entre deux périodes de vacances peu importe laquelle.*

Je soussigné(e) Nom – Prénom : _____ **déclare adhérer au Centre SocioCultuel du Cerizéen et accepter le règlement intérieur de l'accueil ados. Je m'acquitte à ce jour de ma cotisation d'un montant de 15€ (adhésion familiale) pour l'année scolaire 2023/2024.**

Fait à Cerizay, le : _____

Signature du responsable légal

| |
|---|
| <p align="center">DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR AU DOSSIER</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Copie des vaccins<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile<input type="checkbox"/> Attestation de droits de la sécu ou CMU |
|---|

ⁱ Cocher la ou les case(s) souhaitée(s)