



Elven Sports Loisirs
 1 rue de la Passion - 56250 ELVEN
 Tél : 02 97 53 51 07 - Fax : 02/97/53/34/68
 Email : accueilsdeloisirs@orange.fr
 Site internet : http://elvensportsloisirs.jimdo.com/
 N° d'agrément Jeunesse et Sports : 0560045CL000217

ET

Association Intercommunale Enfance Jeunesse du Pays d'Elven
 1 rue de la passion - 56250 ELVEN



**Dossier Sanitaire Animations Loisirs
 Septembre 2017 à décembre 2017**

L'enfant :

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Commune :

Les parents ou le responsable légal :

Nom du père :
 Prénom :

Profession :

Adresse :
 Commune :

N° CAF.....

Nom de la mère :
 Prénom :

Profession :

Adresse :
 Commune :

N°CAF.....

Le régime social de votre enfant :

Régime : Général Fonctionnaire Agricole Maritime Autres

Les n° de téléphone (par ordre prioritaire d'appel) : ne pas hésiter à en lister plusieurs

----/----/----/----intitulé :

----/----/----/----intitulé :

----/----/----/----intitulé :

----/----/----/----intitulé :

----/----/----/----intitulé :

----/----/----/----intitulé :

Adresse internet :

Je souhaite recevoir par mail les informations concernant l'association (plaquettes des vacances, dates d'inscriptions,...)

Email :@.....

Le règlement intérieur :

Je soussigné(e)..... déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de l'accueil de loisirs 10/14 ans organisé par l'association Elven Sports Loisirs.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

Vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	Autres vaccinations	dates
BCG					
Diphtérie, Tétanos , Poliomyélite, Coqueluche, Haémophilus influenzae B					
Infections invasives à pneumocoque					
Hépatite B					
Rubéole-oreillons-rougeole					

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.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? **OUI** **NON**

Si oui, joindre une ordonnance récente avec 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 OUI NON	Varicelle OUI NON	Angine OUI NON	Rhumatisme articulaire aigu OUI NON	Scarlatine OUI NON
Coqueluche OUI NON	Otite OUI NON	Rougeole OUI NON	Oreillons OUI NON	

Allergies : Asthme **OUI NON**

Alimentaires **OUI NON**

Médicamenteuses **OUI NON**

Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Précisez : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Précisez

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Responsable de l'enfant

NOM.....PRÉNOM.....
.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....
.....
.....

NOM, COMMUNE ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

.....
.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et d'avertir les parents ou personnes indiquées dans la fiche d'inscription. En cas d'accident bénin, les parents ou les personnes indiquées sont consultées pour prendre les décisions utiles pour le bien être de l'enfant.

J'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.

Fait à Le / /
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les dossiers d'inscriptions et à diffuser les programmes d'animation. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Les accompagnants :

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfant(s) aux Animations Loisirs :

Nom et prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

L'autorisation parentale :

Ayant pris connaissance du fonctionnement des Animations Loisirs, je soussigné(e)responsable légal de l'enfant.....

✚ Autorise mon enfant
 - A participer aux différentes activités organisées quelles soient communales ou intercommunales et encadrées par les animateurs communaux du territoire, sous réserve du respect de la législation en vigueur. **OUI** **NON**

- A utiliser les transports en commun ou les voitures de particuliers (dans le cadre d'un covoiturage), pour se rendre sur les lieux d'animations **OUI** **NON**

✚ Autorise l'association :
 - A filmer et/ou photographier votre enfant durant les activités **OUI** **NON**
 - A diffuser ces films ou photos dans :
 • Presse (municipale, locale) **OUI** **NON**
 • Internet (site intercommunal argoët.net) **OUI** **NON**

Autorise l'association :
 - A utiliser mon numéro d'allocataire CAF sur le site CAF Pro **OUI** **NON**

✚ Décharge l'association Elven Sports Loisirs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ des Animations Loisirs

✚ Décharge l'association Elven Sports Loisirs de toute responsabilité en cas de perte, de casse ou de vol d'objets appartenant à l'enfant (jouets, lunettes de soleil, bijoux, ...)

✚ Autorise, en cas d'urgence, le directeur des Animations Loisirs à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant

✚ Certifie avoir pris connaissance de tous les éléments de ce document

✚ Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche

✚ Autorise la municipalité d'Elven à utiliser ce dossier sanitaire dans le cadre de ses activités enfance jeunesse à partir du 01/01/2018

Fait à Le / /

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

L'organisateur vous rappelle l'importance de souscrire une assurance responsabilité civile pour votre enfant