

Scolaire – Périscolaire - Extrascolaire

Ce formulaire est à retourner dûment complété et signé, à la mairie de Lèves, 4 place de l'Eglise 28300 LEVES.

Il doit impérativement être accompagné des pièces listées au verso

Année scolaire 20..... / 20..... Classe :

Dernière école et classe si hors Lèves :

Renseignement de l'enfant

Nom : Prénom :

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Renseignements responsables légaux

Responsable 1 : Mère ☐ Père ☐ Autre tuteur légal ☐ A préciser :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse mail :

Situation familiale : Célibataire ☐ Marié ☐ Concubin ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐

Responsable 2 : Mère ☐ Père ☐ Autre tuteur légal ☐ A préciser :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse mail :

Situation familiale : Célibataire ☐ Marié ☐ Concubin ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐

* Les responsables légaux autorisent la prise de vue de l'enfant ☐ OUI ☐ NON

Toutes les données contenues dans ce dossier sont confidentielles et seront utilisées uniquement dans le cadre des activités pour lesquelles vous donnerez ces informations. En application de la loi du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, chaque utilisateur dispose des droits d'opposition, d'accès et de rectification des données qui le concernent.

Signature du responsable 1 :

Signature du responsable 2 :



Liste des pièces à fournir obligatoirement :

- ☐ Copie du livret de famille
- ☐ Justificatif de domicile
- ☐ Fiche sanitaire (régime alimentaire hors P.A.I à préciser au point 4 de la fiche)
- ☐ Pages de vaccination du carnet de santé
- ☐ P.A.I devra être transmis dès la rentrée scolaire pour validation des services
- ☐ Attestation de quotient familial CAF ou dernier avis d'imposition. Le document devra obligatoirement être transmise entre le **01/06 et le 31/08**
- ☐ Assurance scolaire pour l'année à venir
- ☐ En cas de séparation, merci de transmettre les modalités de garde de l'enfant pour la facturation des services.

Précisions à apporter :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du responsable 1 :

Signature du responsable 2 :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

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 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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 oui ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	ANGINE oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	ROUGEOLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐	

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

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
