

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné père, mère, tuteur (1) :

1. Autorise le Directeur du Centre de Loisirs à prendre toute mesure en cas d'accident ou de maladie, y compris l'hospitalisation, ou en cas d'urgence, les opérations chirurgicales jugées indispensables par le médecin.
2. Je m'engage à rembourser La ligue de l'Enseignement du Gard le montant des frais médicaux contractés par le Directeur.
3. Je m'engage, en cas de retour anticipé pour raison d'inadaptation ou de renvoi, à prendre en charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

A le

Signature :

(1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

FÉDÉRATION GARD

la ligue de
l'enseignement
un avenir par l'éducation populaire

2018-2019



FICHE SANITAIRE

Accueil de Loisirs Périscolaire et Extrascolaire

A TRANSMETTRE A LA MAIRIE DE CAISSARGUES SI CE N'EST PAS DEJA FAIT POUR
2018-2019

RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE

NOM : Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin Poids : Taille :

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Qui exerce l'autorité parentale ? Père Mère Tuteur(1)

NOM, Prénom du père

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable : Travail :

NOM, Prénom de la mère

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable : Travail :

NOM, Prénom du tuteur

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable : Travail :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant

N° d'assuré social :

Le responsable de l'enfant bénéficie t'il d'une mutuelle ou d'une assurance ?

Oui - non (1) - si oui, adresse :

N° d'adhérent ou de police :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : oui - non (1) - si oui, joindre obligatoirement photocopie de l'attestation à ce jour ainsi qu'une photocopie de l'attestation de carte vitale.

MALADIE DEJA CONTRACTEES

Rougeole : oui - non (1) Varicelle : oui - non (1) Oreillons : oui - non (1)

Rubéole : oui - non (1) Scarlatine : oui - non (1) Otite : oui - non (1)

A-t-il des problèmes d'asthme : oui - non (1)

A-t-il des problèmes de scoliose : oui - non (1)

A-t-il des problèmes d'incontinence : oui - non (1)

A-t-il des problèmes d'allergies : oui - non (1) - si oui, précisez à quoi :

Vaccins réalisés (avec date de vaccination ou de rappel) :

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :

Existe-t-il des contres indications pour des activités : oui - non (1) - si oui, précisez :

Votre enfant est-elle réglée ? oui - non (1)

(1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

Votre enfant porte t-il des lunettes ? oui - non (1) - si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence :

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour : oui - non (1). Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTE DU JEUNE

Si vous le jugez utile, joignez à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant.

RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER SUR LA PERSONNALITE DE VOTRE ENFANT

RENSEIGNEMENTS SUR LE REGIME ALIMENTAIRE DE VOTRE ENFANT

Où téléphoner, en cas d'urgence, pendant le séjour ?

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable : Travail :