DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné ……

En qualité de (père, mère, tuteur ou personne autorisée) ……..

Atteste que mon enfant : ……..

Quittera le Centre de Loisirs accompagné par (nom, prénom, téléphone, lien de parenté) :……

……

……

……

1. **Quittera seul (e) le Centre de Loisirs à (heure) :** ……

Je décharge l'association « Centre Social et Culturel » de toutes responsabilités à partir de son départ.

Date **:** ……

Signature :

Fiche Sanitaire

NOM : ……..
Prénom de l'enfant *:* ……

Date de naissance : ……..
Adresse : ……..
……
Tél. : ……..

Ecole fréquentée : ……Classe……

Nom Parent 1 : ……**Nom Parent 2** :……
Prénom : …….. Prénom :……
Profession : ……. Profession :……..
Employeur : ……. Employeur :……
Tél. travail : …….. Tél. travail :……..
Tél. portable : …….. Tél. portable :……
Situation familiale : ……..
Adresse mail parent 1 :……..
Adresse mail parent 2 :……..

N° Sécurité Sociale sur lequel est assuré l'enfant :
……..……..
N° Allocataire CAF ou MSA : ……**Quotient Familial**……

Nom et tél. du médecin traitant :…….
P.A.I. : oui ☐ non ☐

AUTORISATION DES PARENTS

1. **AUTORISE mon enfant** à participer à toutes les activités et jeux organisés dans le cadre du Centre de Loisirs sans Hébergement et séjours organisés par le Centre Social et Culturel d'Arpajon.
2. **AUTORISE le Directeur du centre** à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin.

CENTRE DE SOINS CHOISIS : ……

3. **AUTORISE le Centre Social et Culturel** à utiliser l'image photographique de mon enfant pour les publications de l'Associations (plaquettes, rapport d'activités, expos photos, site Internet, …).
4. **AUTORISE le Centre Social et Culturel** à consulter et conserver mon Quotient Familial sur le site CDAP ou MSA.
5. **CERTIFIE ET APPROUVE le règlement de fonctionnement** de l'accueil de loisirs péri/extra-scolaire et camps.

*Ecrire **« Lu et Approuvé »,** dater et signer* ……

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

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 munir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

PHOTOCOPIE OBLIGATOIRE

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccin

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS		DATES
Diphtérie					
Tétanos				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, une autorisation parentale, 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?

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

Allergies: **ASTHME** oui ☐ non ☐ **ALIMENTAIRES** oui ☐ non ☐ **MEDICAMENTEUSES** 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**.

_____

_____

_____

_____

Recommandations utiles des parents :

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

_____

_____

_____

_____

Observations diverses :

_____

_____

3 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

_____

_____

Numéros de téléphone :
Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____
Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e) _____
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.

Médecin traitant :
Nom : _____ Tél : _____

Date : *Signature* :