

ACCUEIL DE LOISIRS DE LACAUNE  
 81230 LACAUNE – Tél : 06 30 93 06 34  
 ou 05 63 72 38 21 (Primaire)/ 05 63 37 06 33 (Maternelle)  
 Mail : clshlacaune@orange.fr

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

<b><u>ENFANT :</u></b>	Moins de 6 ans <input type="checkbox"/>	Plus de 6 ans <input type="checkbox"/>
Nom :		Prénom :
Date de naissance :		Lieu :
Age:		
Nom du Médecin de famille :		lieu :
Numéro de téléphone du médecin :		
Observations particulières : (Allergies, Asthme, Port de lunettes, de diabolos, ...)		
L'enfant sait-il nager (sans brassards) ?		
OUI	NON	

<b><u>PARENTS</u></b>	<b><u>Père</u></b>	<b><u>Mère</u></b>
Nom - Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Mail :		
Téléphone domicile :		
Téléphone Portable :		
Téléphone Employeur		
Nom et adresse de l'Employeur :		
Profession :		

Téléphone grands-parents ou autres (préciser le nom de la personne)	Si les parents sont divorcés, préciser qui a la garde de l'enfant :
--	--

<b><u>Autres Enfants :</u></b>	
Nom(s) - Prénom(s)	Date(s) de Naissance

<b>N° ALLOCATAIRE OBLIGATOIRE</b>	<b>C.A.F.</b>	<b>AGRICOLE</b>	<b>AUTRES :</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------	-----------------

**AIDE TEMPS LIBRE** OUI →  NON → 
                 
 **PASSEPORT M.S.A.** OUI →  NON →

Monsieur .....

Madame .....

agissant en qualité de père et mère de l'enfant :

(Nom et Prénom de l'enfant)

**1) Accord Règlement Intérieur :**

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de loisirs de Lacaune et nous nous engageons à le respecter.

OUI  
NON

  

**2) Autorisation d'intervention :**

Autorisons le Médecin et le Personnel de l'Accueil de Loisirs à hospitaliser notre enfant à l'Hôpital de Castres - Mazamet 81 et à faire pratiquer les soins ou l'intervention jugée nécessaire.

OUI  
NON

  

**3) Autorisation photographique :**

Autorisons le Personnel de l'Accueil de Loisirs à filmer notre enfant ou à prendre en photo et à diffuser et reproduire ces images sur tous supports.

OUI  
NON

  

**4) Autorisation de maquillage :**

Autorisons le Personnel de l'Accueil de Loisirs à maquiller notre enfant. Pensez à signaler toute allergie connue.

OUI  
NON

  

**5) Autorisation de sortie :**

Autorisons notre enfant à participer à une sortie à l'extérieur de l'Accueil de Loisirs

OUI  
NON

  

**6) Autorisation de participer aux ateliers radio :**

Autorisons notre enfant à participer aux ateliers radio organisés par l'Accueil de Loisirs et Radio Lacaune.

OUI  
NON

  

**7) Autorisation d'accompagnement :**

Autorisons

(noms et prénoms (de la) des personnes majeures)

- Monsieur

- Madame

- Mademoiselle

à venir chercher mon enfant à l'accueil de Loisirs Municipal de Lacaune. **La personne doit présenter une pièce d'identité** (si elle n'est pas connue du Personnel). **Cette personne devra être majeure.**

**8) Autorisation médicaments sur ordonnance.**

Autorisons le Personnel de l'accueil de loisirs Municipal à administrer les médicaments à notre enfant :

OUI  
NON

  


1) **En cas de traitement** : joindre l'ordonnance.

2) **En cas de température supérieure à 38 °** : Faire établir une ordonnance par le Médecin traitant, précisant la posologie à administrer à l'enfant en fonction de son poids, de préférence du DOLIPRANE.

Lacaune, le .....

Signature du Père

Signature de la Mère.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom :	
Date de naissance :	Age :
Poids de l'enfant :	Médecin de famille :

### **A SIGNALER : allergies, asthme, ...**

Origine :	
Manifestations :	
<b>Traitement en cours</b> (si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant)	

<b>Autres traitements en cours</b> (si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant)
---

### **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE SANS ORDONNANCE**

Vaccinations : (cf. tableau ci-dessous ou photocopies ci-jointes)

	Vaccins pratiqués	dates
<b><u>DTP- TETRACOQ</u></b> <b><u>PENTACOQ</u></b>  - 3 injections à 1 mois d'intervalle - 1 injection 1 an après la dernière - puis tous les 5 ans	1-	
	2-	
	3-	
	1 <sup>er</sup> rappel	
	2 <sup>ème</sup> rappel	
	3 <sup>ème</sup> rappel	
<b><u>BCG</u></b>	1 <sup>er</sup> vaccin	
	Rappel	
	2 <sup>ème</sup> rappel	
	Test positif ou négatif	
<b><u>ROR</u></b>	1 <sup>er</sup> vaccin avant 1 an Priorix	
	1 <sup>er</sup> rappel (3-6ans)	
	2 <sup>ème</sup> rappel (11-13ans)	
<b><u>HEPATITE B</u></b> En 3 injections : 2injections à 1 mois d'intervalle. La 3 <sup>ème</sup> 6 mois après la 1 <sup>ère</sup>  En 4 injections : 3 injections à 1 mois d'intervalle. La 4 <sup>ème</sup> 1 an après la 1 <sup>ère</sup>	1 <sup>er</sup> rappel Engerix	
	2 <sup>ème</sup> rappel	
	3 <sup>ème</sup> rappel	
	rappel	
<b><u>AUTRES VACCINS</u></b>		

L'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

Joindre un certificat médical de contre indication

VACCINS A JOUR :

SI NON A FAIRE AU PLUS TOT :

Maladies (varicelle ....)

NOM	DATE

**A SIGNALER** : port de lunettes, de diabolos, de prothèses dentaires, auditives ... signaler aussi les contre indications pour les activités sportives, certificat à fournir :

-----

**A SIGNALER** également les problèmes de santé : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation .... en précisant les dates et les précautions à prendre.

-----

---

## COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT

### PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

Nom et adresse du centre payeur :

Nom et adresse de la mutuelle :

---

### ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE

OUI  NON

**Si oui** : - NOM de la compagnie d'assurance :

- Référence du contrat :

Date

Signature