



## DOSSIER SANITAIRE 2019-2020

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... Age: .....

**Responsable(s) légal (aux) de l'enfant :**

**Nom et Prénom de la mère:** .....

Adresse:.....

☎ bureau..... ☎ portable..... ☎ domicile:.....

mail : .....

**Nom et prénom du Père:** .....

Adresse:.....

☎ bureau :..... ☎ portable..... ☎ domicile:.....

Mail : .....

Vaccinations: (joindre la photocopie des vaccins).

Vaccin obligatoire	oui	Non	Date dernier rappel	Vaccin recommandés	dates
DT Polio				BCG	
				ROR	
				Coqueluche	
				Autres à préciser	

Renseignements médicaux concernant l'enfant:

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour?  Oui  Non

Si oui, lequel ?.....

Si l'enfant suit un traitement médical, joindre ordonnance et médicaments correspondants (boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant)

Médecin traitant:.....

Adresse:..... tél:.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole oui non	Varicelle oui non	Angine oui non	Scarlatine oui non
Otite oui non	Asthme oui non	Rougeole oui non	Oreillons oui non

L'enfant est-il en situation de handicap ?  Oui  Non

L'enfant est-il hémophile ?  Oui  Non

Allergies:(alimentaires - médicamenteuses, autres) : joindre un certificat médical actualisé plus l'ordonnance pour le ou les traitements si posologie en cours.....

Si PAI existant, joindre la photocopie

Autres renseignements:.....

**Contacts: Mairie de BESSINES - 05 49 09 10 64 - [mairie@mairie-bessines.fr](mailto:mairie@mairie-bessines.fr)**

**Accueil de loisirs – ligne directe: 05 49 09 15 44 / 06 30 18 43 19**

**Pendant les temps d'accueil contact sur Site: 05 49 09 14 75 - [centredeloisirs@mairie-bessines.fr](mailto:centredeloisirs@mairie-bessines.fr)**



**DOSSIER SANITAIRE 2019-2020**  
**Déclaration du/des responsable(s) de l'enfant**

Je soussigné(e) M, Mme.....responsable(s) de l'enfant.....

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et suivant les prescriptions du médecin.
- M'engage à rembourser tous les frais médicaux avancés.
- Certifie que mon enfant est à jour de tous ses vaccins réglementaires.
- Déclare que mon enfant n'a pas de problème de santé incompatible avec la vie en collectivité.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le centre de loisirs.
- M'engage à régler le prix correspondant à la période d'inscription.

J'accepte les conditions d'inscription.

A....., le.....Signature du/des Responsable(s)

**Autorisation de sortie année 2019-2020**

Je soussigné(e).....

- Atteste que mon fils ou ma fille ..... Sera pris en charge par :
- M ou Mme ..... ☎
- M ou Mme ..... ☎
- dans le cas où je ne pourrais pas me déplacer.

Autorise que mon enfant soit pris en photo pendant les activités et sorties du centre de loisirs.

- oui       non

Autorise mon enfant à sortir de l'établissement pour les sorties en groupe.

- oui       non

Autorise le personnel à administrer à votre enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance. Le personnel à administrer à votre enfant des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure à 38.5° et selon le protocole de l'établissement.

- oui       non

Autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant votre enfant. (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).

- oui       non

Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités.

- oui       non

Autorise le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

- oui       non

Je confirme que mon enfant est en capacité de nager 25 mètres au moins.

- oui       non

A....., le.....Signature du/des Responsable(s)