

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE 

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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 <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	ANGINE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OTITE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			

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.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Si votre enfant a déjà participé à un projet du CMJ ou à l'accueil de loisirs, vous n'êtes pas obligés de remplir cette fiche sanitaire sauf si des changements sont à signaler



# GRATUIT

Cette fiche d'inscription doit être complétée (pages 1, 2, 3, 4)

**INSCRIPTION A RENDRE  
A LA MAISON DES ASSOCIATIONS** (une feuille par enfant)

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe fréquentée

Conseil Municipal des Enfants de **Lumbros**

# LOTO

**ORGANISE SON TOUT 1ER**

## SPECIAL Enfants Lumbrois

En partenariat avec la ville

**MARDI 20 DECEMBRE 2022 de 14 h à 17 h 30**  
**Salle Léo Lagrange. Vous pouvez vous déguiser !**

## Renseignements

<b>Responsable légal 1</b>	Nom : ..... Prénom : .....
<b>Responsable légal 2</b>	Nom : ..... Prénom : .....
<b>Adresse de l'enfant</b>	..... Tél. maison : __/__/__/__/__
<b>Adresse mail</b>	.....@.....
<b>Personnes à prévenir en cas d'urgence</b>	1) Nom : ..... Tél : __/__/__/__/__ 2) Nom : ..... Tél : __/__/__/__/__ 3) Nom : ..... Tél : __/__/__/__/__

- ◇ Autorisation de rentrer seul :  \*oui  non
- ◇ Autorisation d'être photographié :  oui  non
- ◇ Autorisation d'être filmé :  oui  non
- ◇ Autorisation d'utiliser ces films ou photos :
- sur le site de la commune
- sur la page Facebook
- sur tout support d'information

relatif à la promotion de la manifestation (y compris la presse).

*Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.*

## Règlement « Animation : Loto des enfants »

- **Décharge l'organisateur « La municipalité de LUMBRES »** de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue, pendant l'animation et après le départ de l'enfant.
- Age du participant : **SCOLARISE EN CP JUSQU'EN 6<sup>ème</sup>**
- Autorise, en cas d'urgence, la personne référente à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant.
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par l'organisateur en raison des soins engagés.
- Certifie que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, qu'il n'est pas atteint d'affection cutanée transmissible, qu'il n'est pas porteur de parasites.
- Le port des bijoux ou d'objets de valeur se fait sous la responsabilité des parents. L'organisateur décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.
- Certifie exact les renseignements portés sur la présente fiche.

Ayant pris connaissance du fonctionnement, du règlement intérieur de l'animation « Loto des enfants » et des consignes sanitaires qui seront en vigueur sur cette période, je soussigné(e).....

responsable légal de l'enfant : .....

Fait à .....

Le .....

Lu et Approuvé,  
Signature du Responsable