



Mairie de Courlaoux  
ALSH COURLAOUX  
03 84 25 34 29  
alshcourlaoux@orange.fr

Fiche individuelle 2018-2019

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

École ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

### Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

### Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

### Informations complémentaires

Autorise à partir seul

oui

non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

oui

non

Autorise la prise de photo

oui

non

Autorise la participation aux sorties scolaires

oui

non

Port de lunettes

oui

non

Port d'un appareil dentaire

oui

non

Port d'un appareil auditif

oui

non

### Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

## Données complémentaires

a) Utilisation des transports scolaires: OUI - NON

b) Nom de l'arrêt de Bus

Date et signature



Mairie de Courlaoux  
ALSH COURLAOUX  
03 84 25 34 29  
alshcourlaoux@orange.fr

## Fiche de la famille 2018-2019

### Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

#### Adresse

Adresse :

Code postal : Ville :

#### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

#### Profession

Profession : Catégories socio-professionnelles : \*

Employeur : Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

#### Organismes Tiers

N° CAF : N° MSA : Régime\* :

\* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

#### Autorisations

Information par mail\* : Information par SMS\* :

\* Oui / Non

### Conjoint

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

## Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

## Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

## Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : \*

Employeur :

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

## Autorisations

Information par mail \* :

Information par SMS \* :

\* Oui / Non

## Données complémentaires

Date et signature

<p><b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>     2018 · 2019</p>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>     FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole 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 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

<p>RUBÉOLE</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p>VARICELLE</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p>ANGINE</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p>SCARLATINE</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>
<p>COQUELUCHE</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p>OTITE</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p>ROUGEOLE</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p>OREILLONS</p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	

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, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

---



---



---



---