



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 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				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 ?

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, 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.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

**AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES
LIEU D'ACCUEIL PETITE ENFANCE
CENTRE DE LOISIRS - CENTRE DE VACANCES**

*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.*

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

• **AUTORISATION DE SORTIE**

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par le Lieu d'Accueil Petite Enfance ou le Centre Social.

Je serai prévenu(e) au préalables des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION DE PUBLICATION**

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A....., le

Signature

RENSEIGNEMENTS DIVERS

PROFESSION DU PERE :

PROFESSION DE LA MERE :

ALLOCATAIRE CAF MSA MARINE AUTRES (précisez SVP) :

NUMERO D'ALLOCATAIRE :

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DANS LE FOYER (y compris l'enfant concerné) :

VOTRE QUOTIENT FAMILIAL :

Joindre l'attestation « Quotient Familial » si possible.

Attestation imprimable à la borne du hall d'accueil de votre Centre Social.

Se munir de votre n° allocataire et de votre code secret CAF.

Vous n'avez pas de Quotient Familial ? Apportez nous votre dernière feuille d'imposition.

N'oubliez pas de joindre à cette fiche une photo de l'enfant concerné (visage)

Se présenter à l'accueil du Centre Social
avec ce document dûment rempli et
le Carnet de Santé de l'enfant concerné pour valider son inscription

Vous souhaitez recevoir des informations sur l'actualité du Centre Social ?

Indiquez votre adresse de messagerie Internet ci dessous :

L'équipe du Centre Social vous souhaite la bienvenue !

Centre Social CAF
Boulevard Lefevre
62630 ETAPLES
TEL : 03.21.94.62.00

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE
POUR LA CAF DU PAS DE CALAIS
(à remplir en deux exemplaires)

Je soussigné(e) Mr Mme

.....

Demeurant :

.....

autorise la Caf du Pas de Calais et son Centre Social Caf, Boulevard Lefèvre à Étaples 62630 à me photographier et à utiliser mon image à titre gratuit et non exclusif réalisé dans le cadre d'activités organisées par le Centre Social.

Ces clichés seront exploités en partie ou en totalité, à des fins d'informations et de communication auprès des familles, usagers et partenaires conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.

- Les publications du Centre Social CAF et de la CAF du Pas-de-Calais (affiches, brochures, journal des usagers Mix-Cités)
- Diffusion sur le site web <https://www.facebook.com/centresocialcaf.etaples/>
- Présentation au public lors d'événements organisés par le Centre Social Caf Etaples et la CAF du Pas-de-Calais (exposition, rétrospective, porte-ouvertes...)
- Le site Internet de la ville d'Étaples



Je soussigné(e) Mr Mme **responsable légal de l'enfant** :

.....

autorise la caf du Pas de Calais et son Centre Social Caf, Boulevard Lefèvre à Étaples 62630 à le photographier et à utiliser son image à titre gratuit et non exclusif réalisé dans le cadre d'activités organisées par le Centre Social.

Ces clichés seront exploités en partie ou en totalité, à des fins d'informations et de communication auprès des familles, usagers et partenaires conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.

- Les publications du Centre Social CAF et de la CAF du Pas-de-Calais (affiches, brochures, journal des usagers Mix-Cités)
- Diffusion sur le site web <https://www.facebook.com/centresocialcaf.etaples/>
- Présentation au public lors d'événements organisés par le Centre Social Caf Etaples et la CAF du Pas-de-Calais (exposition, rétrospective, porte-ouvertes...)
- Le site Internet de la ville d'Étaples

Fait à _____, le _____ en deux exemplaires

Signature :

SERVICES\COMMUNICATION\DIVERS\2016\AUTORISATION