



18, boulevard Aristide Briand  
45000 Orléans  
Tél. 02 38 42 15 15  
accueil@cigalesetgrillons.com

- ALSH
- PERI-SCOLAIRE
- TAP
- CVL
- SORTIE
- CLASSE

Photo d'identité  
à coller sur la  
page cartonnée

## FICHE SANITAIRE

Commune de .....

**ENFANT** Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... Sexe ..... Classe .....

**FAMILLE** Nom du responsable .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville ..... Tél. ..... Portable .....  
Mail .....  
N°Allocataire – CAF ..... ou MSA .....

*Si vous n'êtes pas allocataire de la CAF ou de la MSA :*

Nom et adresse de l'employeur de la mère .....

Nom et adresse de l'employeur du père .....

*Vos coordonnées pendant l'activité de l'enfant ou personne à contacter :*

..... Tél. ....

Je soussigné(e), M. Mme ..... responsable de l'enfant  
(nom et prénom de l'enfant) ..... autorise celui-ci à pratiquer toutes les  
activités physiques et sportives ainsi que les sorties prévues durant le temps d'activités.

Votre enfant est-il **autorisé à rentrer seul** ?                    oui                     non

Quelles sont les personnes autorisées à venir le chercher ?  
.....  
.....

• J'autorise l'association Cigales et Grillons à percevoir toute subvention (département, communes ou les caisses d'Allocations Familiales, CE ...) pour les activités dont bénéficie mon enfant.

• J'autorise l'association Cigales et Grillons à utiliser les photographies ou documents filmés de mon enfant au cours de son séjour pour expositions, brochures, diaporamas ou tout autre document relatif aux activités de l'association :    oui                     non

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature

(verso à remplir)

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le temps d'activités de votre enfant. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

■ **VACCINATIONS** (joindre obligatoirement la copie du carnet de santé – partie vaccination).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche				Hépatite B	
				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
				Infections invasives Pneumocoque	
				Autres (préciser)	
BCG				Groupe sanguin (si connu) :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.

**Attention :** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

■ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : oui  non  Si oui joindre une ordonnance.

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée oui  non

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

RUBEOLE 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)

.....

.....

■ **SITUATION FAMILIALE**.....

■ **MEDECIN TRAITANT**.....

■ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (régime alimentaire particulier, maladies, accidents, crises convulsives, opération etc.) et précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires etc., ainsi que tout autre conseil utile.

.....

.....

.....

.....

.....

.....