

Accueil de Loisirs « Les Petits Loups »
11 rue Place des fêtes
67114 Eschau
Tél : 03.90.29.82.11
Mail : petits.loups@eschau.fr

HIVER 2020

AUTORISATION POUR VENIR CHERCHER UN ENFANT

Je soussigné (e), Madame, Monsieur (*)

➤ **Autorise**, Madame, Monsieur (*)

Lien de parenté :

Coordonnées téléphonique :/...../...../...../...../.....

➤ **Autorise**, Madame, Monsieur (*)

Lien de parenté :

Coordonnées téléphonique :/...../...../...../...../.....

➤ **Autorise**, Madame, Monsieur (*)

Lien de parenté :

Coordonnées téléphonique :/...../...../...../...../.....

à venir chercher mon / mes enfants (*)

(*) Rayer la mention inutile et préciser les nom et prénom

Toute personne autorisée à venir chercher un enfant doit être munie d'une pièce d'identité.

Fait à le **Signature** :



Accueil de Loisirs « Les Petits Loups »
11 rue Place des fêtes
67114 Eschau
Tél : 03.90.29.82.11
Mail : petits.loups@eschau.fr

HIVER 2020

AUTORISATION POUR RENTRER SEUL
(Uniquement pour les enfants de 6 ans et plus)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (*)
autorise mon Enfant (*)

(*) *Rayer la mention inutile et préciser les nom et prénom*

à rentrer seul(e) le (date) :

à partir de (**).....

(**) *Indiquer l'heure de départ*

Fait à le **Signature** :



Fiche sanitaire de liaison HIVER 2020

Accueil de Loisirs « Les Petits Loups »

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Nom et tel du médecin traitant (facultatif) :			

I - Vaccinations : *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)*

Vaccins obligatoires	oui non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui non		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non

asthme oui non
autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Je soussigné, (Nom, Prénom).....

Responsable légal de l'enfant (Nom, Prénom)
.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

