



Association Vacances Evasion

394, rue Léon Blum
34000 - MONTPELLIER
Tel : 04.99.13.71.10
Fax : 04.99.13.71.11
www.vaceva.com

VALIDITE :
Jusqu'au 31 / 12 / 2020
Adhésion réglée oui non

PHOTO
Enfant

- Jacou (Maternel + Primaire)
- Vendargues (Maternel + Primaire)
- De Gaulle/Jaurès (Maternel + Primaire)
- Goethe/Langevin (Maternel + Primaire)
- Mozart/Morisot (Maternel + Primaire)
- Florian/Simon (Maternel + Primaire)

FICHE SANITAIRE ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

NOM et PRENOM de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Ecole fréquentée durant l'année :

Classe fréquentée durant l'année :

Sexe : M F Nombre d'enfant à charge : Tarifcation cantine :

Régime alimentaire : Standard Sans porc Sans viande PAI

Aide Loisirs (CAF) Oui Non Protection sociale : RG MSA



Tarif MERC : JR 1/2 JR // Tarif VAC : JR 1/2 JR

	<u>RESPONSABLE 1</u>	<u>RESPONSABLE 2</u>
Nom et prénom		
Adresse du domicile		
Tél. Portable		
Tél. du domicile		
E mail		
Profession		
Tél. du lieu de travail		
N° d'allocataire		

CONTACTS AUTORISES (Autres que les parents)

NOM PRENOM	Lien de parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

* REC : Pouvant venir récupérer l'enfant

* URG : A prévenir en cas d'urgences si absence des parents

INFORMATIONS MEDICALES

➤ VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé et/ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DU RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Pneumocoque	
Autres vaccins éventuels (A préciser)		Rubéole-Oreillons-Rougeole	

➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant porte t'il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : Coqueluche Oreillons Rougeole
Rubéole Scarlatine Varicelle

L'enfant a-t-il fréquemment : Angine Otite Rhumatisme Asthme

Allergies : oui non Si oui, Précisez :

L'enfant suit-il un traitement médical : 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)

➤ AUTORISATIONS

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires : Oui Non
- Transporter mon enfant par les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées : Oui Non
- A utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de notre structure : Oui Non

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Et de ce fait valide le règlement intérieur du centre en vigueur. (que vous retrouverez en lien sur notre site Internet)

Date :

Signature :