



ALSH :.....

<p>FICHE SANITAIRE DE LIAISON et d'inscription aux activités Môme's Activ et Family</p>	1-ENFANT
	NOM :
	PRENOM :
	Date de Naissance :
	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Cette fiche a été conçue pour recueillir les informations médicales obligatoires et utiles pour l'admission d'un mineur dans une activité collective des articles L.227-4 et R.227-1 du code de l'action sociale et des familles (article R.227-7 du CASF et arrêté du 20/02/2003)

2- VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Poliomyélite, Tétanos)

Fournir les photocopies du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant

Si l'enfant n'est pas à jour des obligations de vaccination, joindre un certificat médical de contre indication.

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication

**3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET RECOMMANDATIONS
CONCERNANT L'ENFANT**

Indiquez ici les antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladies, accidents crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales). Mentionnez les précautions à prendre en conséquence et les éventuelles contre-indications à la pratique de certaines activités physique ou sportives.

.....
.....
.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement : Oui Non

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre obligatoirement l'ordonnance aux médicaments.
(Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance datée et signée du médecin)

Régime alimentaire particulier ?

L'enfant porte t-il des lunettes ou des diabolos etc:

Oui

Non

4-REFERENT MEDICAL

NOM du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

5-RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

CE D'ORIGINE DE L'AGENT

- CSE TER Nouvelle Aquitaine CSE Fret CSE Matériel Industriel CSE TGV Axe Atlantique
CSE Zone Production Atlantique CSE Zone Production Sud Est Autre CSE :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone en cas d'Urgence :

e-mail :

Numéro de Caisse de Prévoyance :

Ou

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom de la Mutuelle qui couvre l'enfant :

6-DOCUMENTS A FOURNIR

- Photocopie de l'attestation d'ouverture de droits de la Caisse de Prévoyance et de Retraite SNCF (ou d'une autre caisse par laquelle l'enfant est couvert)

- Photocopie de la carte de la mutuelle

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

Date

Signature :