

LISTE DES NUMEROS D'URGENCE

SAMU	15
POMPIERS	18
GENDARMERIE	17

ENFANCE MALTRAITEE 119

CENTRE ANTI-POISON 05 56 96 40 80

MEDECIN PMI 05 57 51 48 70 ou 05 56 78 99 09

MEDECIN REFERANT (VAYRES)
Docteur Baron : 05 57 74 83 58

HOPITAL DES ENFANTS 05 56 79 56 79

HOPITAL DE LIBOURNE 05 57 55 34 34

CLEAA 05 56 72 57 70

MARCHE A SUIVRE EN CAS D'ACCIDENT

- 1) Eviter le sur-accident**
Ne pas déplacer ou bouger l'accidenté
Couvrir l'accidenté
- 2) Alerter les secours**
(priorité : alerter le 15)
Décrire calmement l'accident avec précision et le lieu.
- 3) Faire les premiers soins en attendant les secours**
Assister l'accidenté jusqu'à l'arrivée des secours.
- 4) Entre-temps : prévenir la direction du CLEAA**

Nom :

Prénom :

Centre de Loisirs

Canillous : PS MS GS

Gobelins : CP CE1

Noucenous : CE2 CM1 CM2



FICHE SANITAIRE

Année :

CLEAA

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	Nom de l'enfant :
	Prénom :
	Date de naissance de l'enfant :
	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
Nom des parents ou tuteur :	

VACCINATIONS COPIE JOINTE (se référer au carnet de santé de l'enfant)
 Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune autre contre-indication

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :
 Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.
 Précisez.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'enfant suit-il un **traitement médical** actuellement ? 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

INDIQUEZ CI-APRES :
 Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** :

ALLERGIES :
 ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRE oui non AUTRES :

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
 (si automédication le signaler) :

SI UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est mise en place avec l'école, il est IMPORTANT de nous le signaler et de fournir une trousse nominatif avec médicaments et ordonnance à jour

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

PERSONNES A CONTACTER SI URGENCE (PARENTS OU AUTRES)

MAMAN	PAPA
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse:	Adresse:
Tél 1 :	Tél 1 :
Tél 2 :	Tél 2 :
AUTRE PERSONNE	AUTRE PERSONNE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse:	Adresse:
Tél 1 :	Tél 1 :
Tél 2 :	Tél 2 :

La production d'un certificat médical pour les activités physiques est obligatoire.

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature :

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU CENTRE DE LOISIRS
Centre de Loisirs Enfants - Adolescents - Adultes
 5 bis Route de la Mairie
 33750 BEYCHAC ET CAILLEAU
 Tél. : 05 56 72 57 70