

Fiche sanitaire
De liaison

NOM _____ PRENOM _____
Date de naissance _____
Garçon Fille

Scolarisé à l'école : Sur la commune de :

I. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM papa maman.....
PRENOM .papa maman.....
ADRESSE
🏠 Domicile
🏢 Travail papa Maman
📞 Portable papa Maman
✉ Mail

AFFILIATION CAF n° allocataire : MSA tranche : **FOURNIR LA PHOTOCOPIE SIGNEE**

Avez-vous pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs : Oui Non

En cas de garde alternée, ou si l'enfant est sous la responsabilité d'une personne autre (grands-parents, tante, ...) pendant le séjour, veuillez préciser le nom de la personne responsable :

.....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

II. RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

❖ TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement : Oui Non

Si oui : joindre l'ordonnance récente et les médicaments (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

❖ ALLERGIE

ASTHME : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

AUTRES :

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

❖ PHOTOCOPIE

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE OBLIGATOIREMENT

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

Attention le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE OBLIGATOIREMENT

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE.

❖ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES INDIQUEZ CI-APRES :

- LES DIFFICULTES DE SANTE : maladie, accident, opération, hospitalisation, lunettes, diabolo, etc.

.....
.....

- LES DIFFICUTES RELATIONNELLES : timidité, handicap, hyperactivité, énervement facile, etc.

.....

.....
.....
Trucs et Astuces pour aider votre enfant à être bien en accueil de loisirs :
.....
.....
.....

| Eléments déclencheur du « mal-être » | Manifestations | Propositions de réponses |
|--------------------------------------|----------------|--------------------------|
| | | |
| | | |

- NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :
.....

III. AUTORISATIONS

En cas d'accident, l'accueil s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, l'accueil pourra être amené à conduire l'enfant au service des urgences.

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.

J'autorise mon enfant à participer aux sorties mises en place par l'équipe d'animation, le transport en car ou mini bus. La directrice, les animateurs ou les responsables à transporter mon (mes) enfant(s) pendant le temps d'accueil de loisirs. Les sorties et les baignades qui seront organisées.

J'autorise mon enfant à rentrer seul Oui Non

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :

NOM : Prénom : Tél :

NOM : Prénom : Tél :

NOM : Prénom : Tél :

NOM : Prénom : Tél :

NOM : Prénom : Tél :

J'autorise les gestionnaires à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre d'animations ou de la réalisation de supports de communication édités par le bénéficiaire. J'accepte l'utilisation, l'exploitation et la reproduction de son image, sur quelque support que ce soit, à destination du bénéficiaire et de ses partenaires. La présente autorisation est donnée pour tous les domaines d'exploitation tant qu'ils viseront à valoriser le service dans le respect de la préservation de la réputation et de la vie privée de mon enfant.

Je souhaite que l'image de mon enfant ne soit utilisée sur aucuns supports

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à communiquer sans délai tout changement concernant cet imprimé. Je m'engage également à respecter le règlement intérieur des différentes structures fréquentées.

Fait le / /

A

Signature du représentant légal :