

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle est **OBLIGATOIRE** pour chaque période d'inscription, veuillez la remplir soigneusement.

Nom de l'enfant: **Prénom :**

fille garçon Date et lieu de naissance : Nationalité Classe : Ecole :

Adresse :
.....

Merci de cocher la case correspondant à la situation de la famille:

Famille d'accueil** Reconstituée** mariés vie maritale PACS célibataire divorcés, séparés veuf(ve)

Si nécessaire joindre copie du jugement du tribunal.

Qui a l'autorité parentale ? Adulte 1 Mère Père Autre Adulte 2 Mère Père Autre Adulte 3 Mère Père Autre

Nom :

Prénom :

Adresse :

(si différente)

CP et

ville :

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin de l'activité (centre de loisirs, aide aux devoirs)

Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul le centre. Remplir cadre ci-dessous.

Personnes autorisées ou interdites à venir chercher l'enfant au centre :

INTERDITE	NOM	Prénom	Téléphones	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Régime Alimentaire : non Sans porc sans viande

Droit à l'image – Photo/vidéo

Je soussigné(e), autorise ou n'autorise pas.

La maison du grand cerf à utiliser les images de tous les membres de notre famille, prises durant les activités, avec un appareil photo (numérique) ou une caméra vidéo, en lien uniquement avec la promotion de ses diverses activités et publications et je renonce à tout droit de compensation ou de possession pour toute utilisation de ce matériel.

IMPORTANT : Veuillez signaler tout changement intervenant en cours d'année.

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

Vaccins	oui	non	Date	Vaccins	oui	non	Date
Diphtérie				Haemophilus influenzae B			
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite				méningocoque C			
Hépatite B				Pneumocoque			
Coqueluche				Autres (<i>préciser</i>)			

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 :

Actuellement, l'enfant doit-il suivre un traitement médical ? oui non Si oui, lequel ?
(Si oui), vous devez obligatoirement joindre une ordonnance récente (et lisible) et les médicaments correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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

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

Allergies : médicamenteuses oui non Asthme oui non Alimentaire oui non

Autres oui non Précisez : Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

P.A.I : (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : oui non Joindre le protocole et toutes informations utiles.

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

III - Recommandations complémentaires (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-il des lunettes : oui non Des lentilles: oui non Des prothèses auditives: oui non
Des prothèses ou appareil dentaire : oui non **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant.**

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire...)

IV- Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non
Autorisation de transport en commun, en véhicule de service et car de location : oui non

IV - Responsable légal de l'enfant : N° de Sécurité Sociale : (15 chiffres)

Nom :

Prénom :

Adresse:.....

Tél. domicile : travail : portable :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable du centre et l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. J'autorise le responsable du centre et l'équipe d'animation à transporter ou faire transporter par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté et à reprendre l'enfant après les soins.

Après en avoir pris connaissance, je déclare accepter le règlement du centre de loisirs.

Fait à Ronchin, le / /

Signature :