

Fiche Sanitaire de Liaison

(Ce document est à remplir **obligatoirement** par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant)

Photo de l'enfant

Enfant

Garçon

Fille

Nom :

Prénom :

Adresse :

Né(é) le :/...../..... à

Mère

Responsable légal de l'enfant

NOM:

Prénom :

Adresse :

Tel fixe :

Tel portable:

Tel professionnel :

Père

Responsable légal de l'enfant

NOM:

Prénom :

Adresse :

Tel fixe :

Tel portable:

Tel professionnel :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM & Prénom	Lien de parenté	N° de Téléphone

En cas d'urgence prévenir (si le responsable légal de l'enfant n'est pas joignable) :

NOM & Prénom	Lien de parenté	N° de Téléphone

Vos Prestations Sociales et Familiales...

C.A.F. <input type="checkbox"/>	C.A.F. Maritime <input type="checkbox"/>	M.S.A. <input type="checkbox"/>
N° d'Allocataire :	Bénéficiez-vous de la carte loisirs C.A.F. (si oui, joindre une copie) :	
N° de Sécurité Social (dont dépend l'enfant) :		

A ce dossier, vous joindrez **obligatoirement**:

- ☞ La copie de votre carte loisirs C.A.F. (si vous en disposez);
- ☞ Un certificat médical attestant des vaccinations obligatoires (à défaut une copie du carnet de vaccinations);
- ☞ L'attestation d'assurance responsabilité civile dont dépend l'enfant.

L'enfant ne sera accueilli sur nos structures qu'avec un dossier complet.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

GROUPE SANGUIN si connu:.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments d'origines marquées au nom de l'enfant et avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au directeur de l'accueil**).

! Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

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

ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies : -Asthme oui non
 -Alimentaires oui non
 -Médicamenteuses oui non
 -Autres

► **Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir**

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

Indiquez ci-après :

- **Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**
- Indiquez également si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc, ...
- Ainsi que toute autre recommandation qui vous semble utile concernant la santé de votre enfant.

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

AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à repartir seul le midi (à 12 heures) et le soir (à partir de 17 heures).
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par l'équipe d'animation.
<input type="checkbox"/> J'autorise la direction à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale.
<input type="checkbox"/> J'autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant et que son image puisse être diffusée, exposée, publiée (photos souvenir sur un support, prises de vue liées aux activités,...).
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à emprunter les différents transports (bus, mini-bus,...) dans le cadre des activités de l'Accueil de Loisirs.

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

Fait à , le...../...../.....

SIGNATURE