

Date de dépôt : MAJ



Cadre réservé à l'association

NOM : _____ PRENOM : _____ GROUPE : 3
 4-5
 6-8
 8-10

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Afin de mieux connaître votre enfant, et d'agir efficacement en cas de problème, nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document. Il est **obligatoire** pour la participation de votre enfant aux activités. (*xoui ou non*)

ENFANT : NOM : Prénom :
Date de naissance : __/__/____ Sexe : masculin féminin

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Copie vaccin *Copie ordonnance & Trousse pharmacie au nom de l'enfant

*La trousse à pharmacie de mon enfants Reste au centre Accompagne chaque jour mon enfant

**Si l'enfant fait l'objet d'un traitement, merci d'en informer le responsable du centre ou du séjour et de joindre une photocopie de l'ordonnance, y compris pour les traitements administrés en dehors des horaires d'ouverture. Les médicaments doivent être remis dans les boîtes d'origines avec la notice jointe.*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance y compris l'homéopathie.

Nom du **MEDECIN TRAITANT** : Téléphone : ____-____-____-____

VOS RECOMMANDATIONS :

Mon enfant a un PAI : OUI NON Difficultés particulières : OUI NON

N'hésitez pas à nous communiquer les éléments qui vous paraissent importants : (*besoin de repos, port de lunettes, d'appareil auditif, d'appareil dentaire, consignes alimentaires, végétarien...*) en précisant les précautions, conduites à tenir...

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

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES ou Régime Particulier OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES (animaux, plantes, pollens,...) OUI NON

Conduite à tenir, protocole, les signes évocateurs (joindre le protocole si nécessaire) :

.....
.....

Tournez Svp

VOS AUTORISATIONS :

- **SIESTE** : Mon enfant fait la sieste (sous réserve de place disponible) OUI NON
- **LE MAQUILLAGE** : J'autorise mon enfant à se maquiller : OUI NON
- **LES PRISES DE VUE** : J'autorise l'association à utiliser les photos où vidéo sur lesquelles peut apparaître mon enfant : presse, photos pour affichage centre et journal diffusé aux familles blog interne avec mp réservé aux familles, réseaux sociaux

En cas de refus d'un ou plusieurs points, je m'engage à joindre une photo d'identité de l'enfant, le cas échéant, les photos seront utilisées.

- **RENTRE SEUL** : J'autorise mon enfant à rentrer seul (uniquement pour les + 6 ans) : OUI NON
- **BAIGNADE** : J'autorise mon enfant à se baigner OUI NON
 - **Mon enfant sait nager** OUI NON
- **TRANSPORT** : J'autorise mon enfant à voyager en voiture individuelle ou mini-bus OUI NON

Personnes Autorisés à récupérer l'enfant autre que les parents :

Nom, prénom	Lien de parenté	N° de téléphone
		__-__-__-__-__-__
		__-__-__-__-__-__

En cas d'urgences, personnes à contacter après les pompiers :

	Nom, prénom	Lien de parenté	N° de téléphone
1			__-__-__-__-__-__
2			__-__-__-__-__-__

LA DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Je, soussigné(e), père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Attention, ne sont pas assurés : les bijoux, appareils photos, portables, baladeurs, etc...

J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie - réanimation). J'autorise également mon enfant à participer aux activités organisées par l'association (transport compris).

Je m'engage à accompagner mon enfant ou mes enfants de l'entrée du parking à l'accueil du centre de loisirs (si ascenseur il y a, chaque famille est garante de la sécurité de l'enfant).

Fait à

Nom et Signature :

Le