

**CENTRE DE LOISIRS  
DU GROUPEMENT FAMILLES RURALES DE L'ARDECHE**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ENFANT :**

Nom : ..... Prénom: ..... Date de naissance : .....

**SITUATION DE FAMILLE :**

Célibataire    Marié(e)    Vie maritale    Divorcé(e)    Séparé(e)    Pacsé(e)    Famille d'accueil

**RESPONSABLE 1 :**    Madame                       Monsieur

Nom : ..... Prénom: ..... Date de naissance: .....

Adresse: .....

Code postale : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Tél. Professionnel : ..... Mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**RESPONSABLE 2 :**    Madame                       Monsieur

Nom : ..... Prénom: ..... Date de naissance: .....

Adresse: .....

Code postale : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Tél. Professionnel : ..... Mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**REGIME DU RESPONSABLE :**

Régime :    CAF       MSA      Mail principal pour la facturation : .....

N° allocataire CAF : ..... N° sécurité sociale : .....

**RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : ..... Tél. : .....



Je soussigné(e) ..... autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature: \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS :**

**Fournir obligatoirement la photocopie des vaccinations se trouvant dans le carnet de santé.**

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

En cas d'urgence, personnes à contacter, autres que les responsables légaux, après les pompiers :

Nom, prénom	Lien de parenté	n° de téléphone

**TRAITEMENT et/ou ALLERGIES :**

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI / NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**VOS RECOMMANDATIONS :**

Mon enfant a un PAI : OUI / NON                      Mon enfant a des difficultés particulières : OUI / NON

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

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

**ALLERGIES :**

- Alimentaires ou régime alimentaire particulier : OUI / NON .....
- Médicamenteuses : OUI / NON .....
- Autres (animaux, plantes, pollens, ....) OUI / NON .....

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

.....  
.....

**VOS AUTORISATIONS :**

- Sieste : Mon enfant fait la sieste (sous réserve de place disponible) OUI / NON
- Maquillage : J'autorise mon enfant à se maquiller pour des animations OUI / NON
- Prises de vue : J'autorise l'association à utiliser les photos ou vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant  
 Presse Locale : OUI / NON - Réseaux sociaux : OUI / NON - Affichage dans le centre ou journal du centre : OUI / NON
- L'enfant sait- il nager ? OUI / NON
- J'autorise mon enfant à voyager en voiture individuelle ou mini- bus OUI / NON
- J'autorise mon enfant à rentrer seul (uniquement pour les +de 6ans) OUI\* / NON

**\*Une trace écrite, par période devra être fournie en citant les jours concernés**

**Personnes habilitées à venir chercher (autre que responsables légaux)**

Nom, prénom	Lien de parenté	n° de téléphone

Je soussigné(e)..... déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et atteste avoir lu le règlement intérieur de la structure et en accepte les termes.

Date et signature du responsable  
Précédées de la mention « lu et approuvé »