



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Ecole : _____ Classe : _____

Maternelle ☐ Elémentaire ☐ Fille ☐ Garçon ☐

REGIME ALIMENTAIRE

Régime particulier oui: ☐ non: ☐ Si oui : Sans viande : ☐ **ou** Sans porc : ☐

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Asthme Oui ☐ Non ☐ Allergies Médicamenteuses Oui ☐ Non ☐

Allergies Alimentaires Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Remplir un PAI disponible sur l'espace familles.

Traitement Médical Oui ☐ Non ☐

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

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS ou ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

Difficulté de santé Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre

Nom du médecin de famille : _____

Lieu : _____ N° tél : _____

Informations complémentaires (port de lunettes, appareil dentaire,..) :

PARENTS

PERE

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Tél dom : _____

Travail : _____

Portable : _____

Profession : _____

MERE

Nom – Prénom : _____

Adresse si différente: _____

Tél dom : _____

Travail : _____

Portable : _____

Profession : _____

En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l'enfant* : _____

N° de sécurité sociale : _____ N° CAF : _____

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e), M. " Mme " Mlle (Nom/Prénom).....

Responsable de l'enfant :

- ✓ ☐ Autorise les responsables de l'Accueil de Loisirs à faire mettre en œuvre, en cas d'urgence, des traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d'urgences.
- ✓ ☐ Autorise mon enfant à être transporté pour les besoins des activités, par des moyens de transport collectifs (bus/trains/car) et véhicule Mairie (minibus).
- ✓ ☐ Autorise l'équipe d'animation à administrer les traitements prescrits par les ordonnances dont il leur est communiqué un exemplaire.
- ✓ ☐ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées.
- ✓ ☐ Autorise le personnel de l'Accueil de Loisirs à filmer, photographier, enregistrer mon enfant lors des activités, et reproduire, publier, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées
- ✓ ☐ Autorise les personnes suivantes en tant que personnes habilitées à retirer mon enfant.

Nom/ Prénom / N° tél

Lien avec l'enfant:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ Autorise mon enfant à partir seul
- ☐ N'autorise pas mon enfant à partir seul

Je certifie que les informations fournies sont exactes.

- ☐ **Je m'engage à transmettre toutes informations modifiant la présente fiche.**
- ☐ **Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités et en accepter les conditions. (disponible sur le portail famille)**
- ☐ **Je déclare avoir pris connaissance des dispositions de réservation et facturation des activités et en accepter les conditions**

Fait à Puiseux en France, le / /

Signature des parents
(Suivie des mentions « lu et approuvé »)

Joindre les photocopies suivantes :

- Carnet de santé
- Attestation Sécurité Sociale, Mutuelle ou CMU
- *Jugement de divorce si nécessaire