

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom

Prénom.....

Date de naissance	Lieu de naissance	Sexe : G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------	--

Adresse de l'enfant	
---------------------	--

***Médecin Traitant**

Nom/Prénom	Téléphone	
------------	-----------	--

Adresse	
---------	--

***Parents**

	Responsable 1	Responsable 2
--	----------------------	----------------------

Nom/Prénom		
------------	--	--

Adresse		
---------	--	--

Téléphone Fixe		
----------------	--	--

Téléphone Portable		
--------------------	--	--

Téléphone Employeur		
---------------------	--	--

***Vaccination Obligatoire**

La primo vaccination pour le DT Polio (2 injections et 1 rappel à 11 mois) est obligatoire chez l'enfant. Deux rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la poliomyélite.

DT POLIO Oui Non

Année du dernier rappel :

Joindre obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.

MALADIES/ALLERGIES

- Asthme oui non
- Allergies Alimentaires oui non
- Allergies Médicamenteuses oui non
- Autres Allergies (animaux, pollen,) oui non

Si oui dans l'un des cas précédents, précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir** :

.....

Votre enfant présente des difficultés de santé particulières : oui non

Si oui, précisez lesquelles:

.....

Votre enfant bénéficie d'un **PAI** : oui non

Dans ce cas, pour un meilleur accueil de votre enfant, merci de prendre contact avec le responsable du service enfance jeunesse

***Assurance et Mutuelle couvrant l'enfant**

N° allocataire CAF

Mutuelle

Assurance responsabilité civile

Compagnie :

N° adhérent :

***Repas**

Lorsque votre enfant prendra ses repas au sein de notre structure ou sous notre responsabilité :

- Repas toutes viandes
 Repas sans porc
 Repas sans viande

***Autorisation de soins**

Je soussigné(e), responsable légal(e) de
 Autorise le personnel du centre socio-culturel « Les Platanes », à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, et à faire pratiquer les soins (traitements, anesthésies...) ou hospitalisation, en cas d'urgence.

Hôpital de référence :

Autorisations Diverses*Photos**

Dans le cadre des activités au sein de l'ALSH, les animateurs peuvent être amenés à prendre des photos.
 Si nous voulons les afficher ou les insérer, dans des publications en lien avec nos activités (site internet et page Facebook du Centre socio-Culturel, affichage dans les locaux pour des expositions, etc...), il nous faut votre accord.

J'autorise l'équipe à utiliser les photos de mon enfant, seul ou en groupe, pour des affichages et des publications papier ou internet.

Sorties

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties extérieures.
 (mon enfant peut être transporté dans les véhicules du centre socio-culturel ou par un transporteur professionnel)

Sorties Baignade

J'autorise mon enfant à participer aux sorties baignade

Votre enfant sait-il nager : oui non

***Décharge**

Pour que des personnes majeures autres que vous (nourrice, grands-parents, voisins, famille...) puissent récupérer votre enfant, cette décharge est **OBLIGATOIRE**.

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de
 Autorise :

- 1- Nom/Prénom..... Qualité.....
 Adresse.....Téléphone.....
 2- Nom/Prénom..... Qualité.....
 Adresse.....Téléphone.....
 3- Nom/Prénom..... Qualité.....
 Adresse.....Téléphone.....
 4- Nom/Prénom..... Qualité.....
 Adresse.....Téléphone.....

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de

Autorise mon enfant :

A partir seul oui non

Merci de nous faire une autorisation sur papier si votre enfant doit partir avec son frère ou sa sœur

A....., le

Signature