

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



## L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : Féminin  Masculin

Repas : Avec porc  Sans porc  Ecole : .....

Lieu de résidence : Parents :  Mère :  Père :  Alternée :  Autres :

VACCINS OBLIGATOIRES POUR FREQUENTER LE CENTRE DE LOISIRS				L'ENFANT A-T-IL CONTRACTE LES MALADIES SUIVANTES		
VACCINS	OUI	DATE	NON	MALADIES	OUI	NON
TETANOS				ANGINE		
DIPHTERIE				COQUELUCHE		
POLIOMYELITE				OREILLONS		
COQUELUCHE				OTITE		
HEPATITE B				ROUGEOLE		
ROUGEOLE				RUBEOLE		
OREILLONS				SCARLATINE		
RUBEOLE				VARICELLE		
<b>JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION</b>				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....

Votre enfant présente-t-il les pathologies suivantes :

- Allergies alimentaires : NON  OUI  Préciser : .....
- Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser : .....
- Asthme : NON  OUI  / Diabète : NON  OUI  / Epilepsie : NON  OUI

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : NON  OUI  Si OUI nous fournir le Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre, en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs : : NON  OUI  Préciser : .....

L'enfant suit-il un traitement régulier : NON  OUI  Préciser : .....

Autres indications utiles (port de lunettes, prothèse dentaires ou auditives, suivi spécialisé) :

.....  
.....

MERE  ou TUTRICE

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
 Travail : .....  
 Perso : .....  
N° Sécurité Sociale : .....

PERE  ou TUTEUR

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
 Travail : .....  
 Perso : .....  
N° Sécurité Sociale : .....

En cas d'indisponibilité des responsables légaux, veuillez nous communiquer le nom et le numéro de téléphone du ou des personne(s) de confiance autorisée(s) à récupérer l'enfant au centre (Une pièce d'identité sera requise) :

NOM : ..... Tél : .....  
NOM : ..... Tél : .....

#### DROIT A L'IMAGE

J'AUTORISE

JE N'AUTORISE PAS

Le personnel à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'accueil, à reproduire ou à diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusions, réseaux numériques interactifs ou non, tel qu'internet, par reproduction sur vidéogramme (DVD, CDROM), par support imprimable (presse écrite, journal de l'Association « Les échos » ou Aniche Actu).

#### DECLARATION DU RESPONSABLE

Je soussigné(e) ..... Responsable légal du mineur ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineur à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'accueil et à être transporté en car, minibus ou transport en commun.

A Aniche le :

*Signature (s) précédée (s) de la mention « Lu et approuvé »*

PERE

MERE

TUTEUR