

# ACCUEIL DE LOISIRS

## 3/17 ANS Louvarel et Varennes St S.

Bresse Louhannaise Intercom'

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>ENFANT :</b>
	<b>NOM :</b> _____ Prénom: _____ Date de naissance : _____  GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> POIDS : _____ kg

• **Responsable légal de l'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Tél domicile : ..... Portable : .....  
 Adresse mail : .....@.....  
 Dépendez-vous du régime de la sécurité sociale  oui  non  
 Si non, de duquel : .....  
 N° allocataire CAF 71 : .....  
 N° S.Sociale. : ..... / .....  
Assurance responsabilité civile :  
 Compagnie : ..... n° contrat : .....  
  
 Profession : .....  
 Employeur : ..... Tél travail : .....

• **Nom, prénom de l'autre parent :** .....

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

**Situation de famille**

<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> célibataire
<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> pacsé(e)
<input type="checkbox"/> veuf(ve)	<input type="checkbox"/> concubinage
<input type="checkbox"/> autre : .....	

➤ **AUTORISATION PHOTOGRAPHIE :**

Dans le cadre des activités que nous organisons avec l'enfant, nous pouvons être conduits à réaliser quelques photographies, individuelles et de groupe, pour alimenter nos archives et agrémenter certains documents de communication de l'accueil de loisirs. L'image de votre enfant est donc susceptible de paraître dans ces documents (presse, plaquette d'info, autres bulletins et expositions photos)

En l'inscrivant dans notre accueil de loisirs,

- Vous acceptez de fait cette éventualité.
- Vous n'autorisez pas la diffusion de l'image de votre enfant.

**AUTORISATION PARENTALE :**

**Je soussigné(e) :** .....  
 agissant en qualité de : .....

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties (en bus ou à pied) organisées par l'accueil de loisirs.
- Autorise la Directrice de l'accueil, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention jugée utile par le corps médical.
- Je m'engage à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.

**Je soussigné(e) (Rayer la mention inutile) :**

**M**..... autorise mon enfant :

- à partir **seul(e)** de la structure ou de l'arrêt de bus ou du point d'accueil animateur à la fin des activités encadrées et des horaires définis de départ.
- à partir **avec les personnes** dont les coordonnées suivent :
  - nom : ..... ☎ : .....
  - nom : ..... ☎ : .....
  - nom : ..... ☎ : .....
  - nom : ..... ☎ : .....
  - nom : ..... ☎ : .....

➤ **VACCINATIONS :**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole Rubéole Oreillons	
Polio				Coqueluche	
BCG				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

➤ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

• **Allergies :**

**ASTHME :**  oui  non      **MEDICAMENTEUSES :**  oui  non

**ALIMENTAIRES :**  oui  non      **AUTRES :** .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE ET SI AUTOMEDICATION (joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

• **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

• **Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles de contact, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... précisez :

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

Votre enfant sait-il nager ?  oui  non

**Je soussigné(e) :** ....., **responsable légal(e) de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Fait à :** ..... **Le :** .....

**Signature (s) :**

*(Signature(s) obligatoire(s) pour la validation de toutes les informations notifiées en recto et verso sur cette fiche sanitaire)*