Photo récente obligatoire

ACCUEIL DE LOISIRS 3/12 ANS

2022-2023

Bresse Louhannaise Intercom

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

NOM : _____

Prénom: _____

Date de naissance : _____

GARCON ☐ POIDS : _____kg

FILLE ☐ TAILLE : _____cm

- **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, duquel : ……..……..

N° allocataire CAF : ……

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

☐ marié(e) ☐ célibataire

☐ divorcé(e) ☐ pacsé(e)

☐ veuf(ve) ☐ concubinage

☐ autre : ……..……

***NB :* Document en recto/verso**

➢ 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, internet, plaquette d'info, réseaux sociaux, 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 le directeur 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 : ……☎ : ……

NOM Prénom de l'enfant :

VACCINATIONS :
copie obligatoire du carnet de vaccins ou certificat médicale de contre-indication

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

➢ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** :

- **Nom, tél du Médecin Traitant** :……
- **Allergies :**

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

ALIMENTAIRES : ☐ oui ☐ non **AUTRES** : ……

Précisiez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, la conduite à tenir en cas d'urgence et fournir un certificat médical avec le protocole établi (si prescription médicale, fournir les médicaments prescrits dans les emballages d'origine)……
……
……
……

INDIQUEZ CI-APRES :
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.
……
……
……
……

NB : ***Document en recto/verso***

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

RUBEOLE ☐ oui ☐ non	VARICELLE ☐ oui ☐ non	ANGINE ☐ oui ☐ non	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS ☐ oui ☐ non	SCARLATINE ☐ oui ☐ non
ROUGEOLE ☐ oui ☐ non	COQUELUCHE ☐ oui ☐ non	OTITE ☐ oui ☐ non	OREILLONS ☐ oui ☐ non	

- **Recommandations utiles des parents :**

(port de lentilles de contact, de lunettes, de prothèses dentaires, auditives ou orthopédiques, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc.)
……
……
……

Votre enfant sait-il nager ? ☐ oui ☐ non (un test de vérification sera effectué par un MNS sur place)

Je soussigné(e) : ……., responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise la responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Date : ***Signature :***