



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

ENFANT NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance ____/____/____ Garçon ☐ Fille ☐

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin : _____

Vaccins Obligatoires : Antitétanique, Antidiphtérique, Antipoliomyélitique (DTP), coqueluche, infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B, hépatite B, infections invasives à pneumocoque, méningocoque de sérotype C, rougeole, oreillons, rubéole (article L3111-2 du code de la santé publique)

Votre enfant est-il à jour de ses vaccins :

☐ Oui (Joindre photocopies) ☐ Non : Pourquoi : _____

Si contre-indication, joindre un certificat médical

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Scarlatine			Otites		
Varicelle			Rhumatisme			Rougeole		
Angines			Coqueluche			Oreillons		

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? OUI ☐ NON ☐

Si Oui ou en cas de traitement ponctuel, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : (si PAI, le fournir)

ASTHME ☐ Oui ☐ Non

MÉDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler et joindre une autorisation parentale)

.....
.....

RÉGIME ALIMENTAIRE ☐ CLASSIQUE ☐ SANS PORC ☐ SANS VIANDE

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (santé, alimentaire, ou autres)

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

COORDONNÉES DES PARENTS

	Père : Facturation ☐ oui ☐ non	Mère : Facturation ☐ oui ☐ non
Nom - Prénom		
Profession		
Adresse		
CP/ Commune		
Tél fixe ou portable		
Autre Numéro (précisez)		
Adresse Mail		
Situation familiale : (entourez) célibataire – divorcé(e) – séparé(e) – veuf(ve) – vie maritale – marié(e) – pacsé(e)		

N° Sécurité Sociale : /__ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /
 N° Allocataire CAF : _____ Autre régime (à préciser) _____
 Caisse de : _____

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

[illegible]

POUR LE SECTEUR ADOS UNIQUEMENT

Le jeune peut-il arriver seul ☐ Oui ☐ Non

Rentrer seul *du centre social*

En journée ☐ Oui ☐ Non

En soirée ☐ Oui ☐ Non

Ou des 4 villages pour les activités décentralisées :

Assieu ☐ Oui ☐ Non

Saint-Romain-de-Surieu ☐ Oui ☐ Non

La Chapelle-de-Surieu ☐ Oui ☐ Non

Ville-sous-Anjou ☐ Oui ☐ Non

RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur :.....

☐ **Déclare avoir pris connaissance et être en accord** avec les modalités de fonctionnement de l'Accueil de loisirs ainsi que le règlement intérieur.

AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur :

De l'enfant.....

☐ Autorise le centre social à utiliser l'image de mon enfant, prise lors des activités, sur tout support de communication (cf document « AUTORISATION DE L'EXPLOITATION DE MON IMAGE OU CELLE DE MON ENFANT À DES FINS INFORMATIVES »)

☐ Autorise le transport de mon enfant lors des sorties

☐ M'engage à payer tous les frais d'inscription/adhésion indiqués, ainsi que les frais de séjour, déduction faite des aides auxquelles j'ai droit selon les modalités indiquées dans le règlement intérieur

☐ Autorise le ou la directeur(trice) de l'accueil à prendre toute mesure d'urgence en cas de maladie ou accident et m'engage à rembourser le montant des frais médicaux

☐ Autorise le Centre Social Les 4 Vents à récupérer auprès de la CAF, les revenus d'avis d'imposition ou le quotient familial.

Fait à Le

Signature du représentant légal (précédée de la mention « lu et approuvé, bon pour accord »)