

PHOTO

|  |
| --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  Année scolaire 2017/2018 |

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT. ELLE NOUS PERMET D’AGIR EFFICACEMENT EN CAS DE PROBLEME. NOUS VOUS REMERCIONS DE BIEN VOULOIR COMPLETER TRES PRECISEMENT CE DOCUMENT.

**SANS CETTE FORMALITE, VOTRE ENFANT NE POURRA ETRE ACCUEILLI DANS LES STRUCTURES PERISCOLAIRES.**

**L’ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXE : □ FILLE □ GARCON DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX DE L’ENFANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Responsable 1 | Responsable 2 |
| Nom - Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| N° tél portable |  |  |
| N° tél professionnel |  |  |

*Je soussigné(e), ......................................................................................., responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.*

*Date : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :*

**LA SANTE**

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez joindre la photocopie du carnet de vaccination. **(OBLIGATOIRE)**

*Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication.*

Votre enfant a-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres...) ? □ Oui\* □ Non

\*Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⮩

Votre enfant fait-il partie d’un **P**rotocole d’**A**ccueil **I**ndividualisé ? □ Oui\* □ Non

*\*****Si oui, joindre impérativement les documents nécessaires pour sa prise en charge****.*

Veuillez indiquer si votre enfant a des difficultés de santé (maladie, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation...), en précisant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez indiquer si votre enfant porte : □ Des lunettes □ Des lentilles

□ Des prothèses auditives □ Des prothèses dentaires

□ Autres, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recommandations particulières : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LES AUTORISATIONS**

1. Votre enfant d’âge élémentaire est-il autorisé à sortir seul des NAP et du centre de loisirs\* : □ Oui □ Non

\*Si oui, précisez : □ Tous les mercredis après-midi □ Pendant toutes les vacances scolaires

□ Après les N.A.P.

1. Personnes autorisées à venir chercher votre enfant (**une pièce d’identité sera exigée**) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom – Prénom | Adresse | CP / Ville |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*****Toute personne non inscrite sur cette liste, se présentant à l’accueil, se verra refuser le départ avec l’enfant.***

1. Sorties avec le centre de loisirs

Votre enfant est-il autorisé à participer aux sorties de groupes, et donc à prendre le bus : □ Oui □ Non

Votre enfant est-il autorisé à pratiquer les activités de baignade : □ Oui □ Non

1. Prises de photos

Nous autorisons / n’autorisons pas\* les services du périscolaire (cantines, garderies, NAP et centre de loisirs) à prendre mon (mes) enfant(s) en photo, dans le but d’illustrer les activités réalisées avec les équipes d’animation et permettant leur diffusion dans notre magazine municipal et/ou sur notre site internet, ainsi que le partage avec les camarades apparaissant sur les photos.

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature :

*\*Rayer la mention inutile*