

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

CLASSE :
ECOLE :
COMMUNE :

GARÇON FILLE

VACCINATIONS (Fournir la copie carnet vaccinations).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES : Pas de régime spécial

Sans Viande

Sans porc

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE :

.....
.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile.....

Portable :

Travail :

Père : domicile :

Portable :

Travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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

AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

- J'autorise le personnel à sortir de l'établissement avec mon enfant (mes enfants).
- J'autorise le personnel à transporter mon enfant (mes enfants) dans les véhicules de l'établissement ou dans les véhicules de location (bus) pour les sorties en groupe
- J'autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompier, hospitalisation)
- J'autorise Grain de sel à utiliser l'image de mon enfant sur tout support de communication pour les besoins de la structure
- J'autorise la direction à consulter mon dossier allocataire CDAP (numéro allocataire pour l'application des tarifs) pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CAF qui attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.)
- J'autorise le personnel à administrer les éventuelles médications prescrites sur présentation d'une ordonnance.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités (périscolaire, extrascolaire, atelier sportif et culturel...)
- J'autorise mon enfant à pratiquer les activités nautiques

Date et signature :