

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET AUTORISATIONS PARENTALES 2022-2023**

<b>IDENTITE DE L'ENFANT</b>			<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Nom .....		Prénom .....	
Date de naissance .....	Classe .....		
Adresse complète .....			
Code Postal .....		Commune .....	
<b>IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX</b>			
<b>Rep 1</b>		Nom d'usage : .....	
		Prénom : .....	
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....			
Code Postal .....		Commune .....	
☎ : .....	☎ : .....	☎ professionnel : .....	
Courriel : ..... @ .....			
<b>Rep 2</b>		Nom : .....	
		Prénom : .....	
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....			
Code Postal .....		Commune .....	
☎ : .....	☎ : .....	☎ professionnel : .....	
Courriel : ..... @ .....			
<b>SITUATION FAMILIALE</b>			
Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/Séparé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>			
<u>En cas de divorce ou de séparation :</u>			
Quel parent a la garde de l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....			
Garde : <input type="checkbox"/> Exclusive <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Alternée			
<b>Personne à contacter en cas d'urgence</b> (autre que les parents)			
Nom .....		Prénom .....	
.....		N° téléphone .....	
.....		.....	
Nom et tél du médecin traitant .....		.....	

**AUTORISATIONS ET REGLEMENT** (cocher les cases)

- J'autorise la diffusion de photos et de vidéos de mon enfant (presse, internet...), si non cochez la case  non
- J'autorise l'ASCL JAR à nous envoyer par mail les communications de l'association, si non cochez la case  non
- J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs :  oui    non
- J'autorise mon enfant à quitter seul :
- Les ateliers  oui    non  
 L'accueil de loisirs (mercredis et vacances) :  oui    non

Merci d'indiquer les personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

- ✓ Nom-prénom..... Qualité : ..... ☎ : .....
- ✓ Nom-prénom..... Qualité : ..... ☎ : .....
- ✓ Nom-prénom..... Qualité : ..... ☎ : .....
- ✓ Nom-prénom..... Qualité : ..... ☎ : .....

Seuls les enfants accompagnés d'un adulte munis d'une décharge seront autorisés à sortir de l'accueil de loisirs pendant les horaires d'activités (cas exceptionnels)

**ASSURANCES**

Les conditions d'assurance concernant les structures sont affichées à l'entrée de l'accueil de loisirs et de l'accueil périscolaire. Nous vous précisons qu'il est fortement conseillé de contracter une assurance complémentaire pour votre enfant pour les activités périscolaires et extrascolaires.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice et la posologie).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance médicale.**

**VACCINATION :**

Mon enfant est à jour de ses vaccinations :  Oui  Non

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique \* :

*Pour rappel, la vaccination contre le DTP (diphtérie-tétanos-polio) doit être réalisée à 2 mois, 4 mois, 11 mois, 6 mois et vers 11-13 ans. **Sans ces vaccinations à jour, l'enfant ne pourra pas être accueilli en accueil périscolaires ou de loisirs.***

**REGIME :**  Oui  Non Si oui lequel : .....

**ALLERGIES :**

Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre (animaux, plante, pollen)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir. **Un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) est nécessaire en cas d'allergie alimentaire et/ou trouble de la santé évoluant sur une longue période**

**SANTE :** Indiquer les difficultés de santé particulières nécessitant des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, appareillage, opération, rééducation...)

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire... :

.....  
.....

Monsieur ou Madame .....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale et anesthésie etc...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature(s)