

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET AUTORISATIONS PARENTALES

| | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| IDENTITE DE L'ENFANT | | | <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille |
| Nom | | | Prénom |
| Date de naissance | | | |
| Adresse complète | | | |
| Code Postal | | Commune | |
| IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX (À NE COMPLÉTER QUE SI VOUS NON ADHÉRENT) | | | |
| Rep 1 | | Nom d'usage : | |
| | | Prénom : | |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) : | | | |
| Code Postal | | Commune | |
| ☎ : | | ☎ professionnel : | |
| Courriel : | | | |
| Rep 2 | | Nom d'usage : | |
| | | Prénom : | |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) : | | | |
| Code Postal | | Commune | |
| ☎ : | | ☎ professionnel : | |
| Courriel : | | | |
| SITUATION FAMILIALE | | | |
| 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"/> | | | |
| <i>En cas de divorce ou de séparation :</i> | | | |
| 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 | | | |
| Personne à contacter en cas d'urgence (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

⚠ Attention les mails de l'association peuvent se retrouver dans vos spams ou promotions !

J'autorise l'encadrant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une hospitalisation ou une intervention d'urgence oui non

J'autorise les sorties dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs ou des activités de mon enfant : oui non

J'autorise mon enfant à quitter seul :

- ✓ Les ateliers oui non
- ✓ L'accueil de loisirs (mercredis et vacances) : oui non

Nous autorisons l'ASCL JAR à consulter notre quotient familial sur le site CAF-PRO en utilisant notre numéro allocataire CAF. Si NON, cochez la case

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

✓ 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

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 l'accueil ? 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 ans 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 Oui Non
Médicamenteuse Oui Non
Autre (animaux, plante, pollen) Oui 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)