



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Accueil de Loisirs
2023-2024

ENFANT	
NOM :	_____
PRÉNOM :	_____
CLASSE ET ECOLE	_____
DATE DE NAISSANCE :	_____
AGE :	_____
GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

EN CAS DE DIVORCE, TRANSMETTRE LE JUGEMENT STATUANT SUR LES MODALITES DE GARDE

PARENT 1

Nom/Prénom.....
Adresse.....
.....
MAIL
Tel Dom: Portable1..... Bureau.....
Profession et employeur

PARENT 2

Nom/Prénom.....
Adresse.....
.....
MAIL
Tel Dom: Portable1..... Bureau.....
Profession et employeur

Nom et tel du **médecin traitant** de l'enfant.....
Régime général
Numéro de sécurité sociale :.....
Autre régime MSA/SNCF/RATP merci de préciser :.....
N° allocataire CAF :joindre justificatif du quotient familial pour application du tarif
 Autorise à vérifier N'autorise pas à vérifier : le service à consulter le service CAFPRO

<p><u>Veuillez préciser l'adresse de facturation si différente du représentant légal</u></p> <p>Nom/Prénom :.....</p> <p>Adresse :.....</p>

Personnes (outre les parents) à contacter ou autorisées à récupérer l'enfant au lieu d'accueil ou en cas d'urgence

Nom :..... Téléphone :..... Nom :..... Téléphone :.....
Nom :..... Téléphone :..... Nom :..... Téléphone :.....

Pièces à fournir avec la fiche sanitaire

- ❖ Courriers MSA (PASS Accueil) ou CAF pour application des aides (courrier aides aux loisirs) et du tarif ajusté
- ❖ Copie des vaccinations obligatoires et à jour
- ❖ Le cas échéant, le jugement statuant sur les modalités de garde de l'enfant
- ❖ Attestation : Assurance de responsabilité civile temps extrascolaire

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS OBLIGATOIRES : Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique

JOINDE LA COPIE DES VACCINATIONS

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Rougeole Oreillons Coqueluche

Autres (Veuillez préciser) :

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Pour tout traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

ALLERGIES

OBLIGATION de mettre en place un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

RECOMMANDATIONS utiles des parents. Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, etc... précisez :

REGIME ALIMENTAIRE : Classique Sans viande Sans poisson Sans porc

AUTORISATION

J'autorise la Communauté de Communes du Causse de Labastide-Murat à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant (désigné ci-dessus) :

- Pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage ;
- Pour la publication sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom de la CCCLM ;
- Pour la diffusion sur site internet (ex : site de la CCCLM) ;
- Pour présentation en public lors d'une exposition, diaporama, montage vidéo.

OUI

NON

J'autorise le ou la responsable du service ALSH à faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité et/ou à lui faire prodiguer les soins urgents que peut réclamer son état.

OUI

J'autorise la Communauté de Communes du Causse de Labastide-Murat à utiliser mon adresse mail pour recevoir la newsletter ou d'autres actualités concernant l'intercommunalité

OUI

NON

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. Atteste que mon enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile extrascolaire ».

M'engage à signaler tout changement (santé, coordonnées, personnes habilitées à récupérer mon enfant. **Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les clauses.**

Date : Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :