

**Prénom de l'enfant** : ..... **Nom** : .....

Date de naissance : .....

**PARENTS** situation familiale : Marié  Divorcé  Séparé  Concubinage

**Payeur** :  Père  Mère

Prénom : .....

Prénom : .....

Nom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Employeur : .....



Domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Mail : .....



Domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Mail : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Régime : Général  MSA  N° MSA :

OU N° CAF :

N° SECURITE SOCIAL :

**ACCOMPAGNEMENT** :

Nom des personnes (autres que les parents) autorisées à venir chercher l'enfant (avec numéro de téléphone) :

.....

.....

**MOYEN DE TRANSPORT** :

Autorisez-vous votre enfant à prendre les transports en commun afin de participer aux activités du centre ?  oui  non

Autorisez-vous votre enfant à repartir seul, s'il a plus de 10 ans ?  oui  non

**DROIT A L'IMAGE** :

Autorisez-vous l'accueil de loisirs à prendre votre enfant en photo pour la diffusion et la publication de celle-ci sur tous supports de communication et d'information relatif à la promotion de l'ALSH ?  oui  non

## **FICHE SANITAIRE DE LIAISON :**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

● **VACCINATION :** Veuillez nous fournir une attestation du médecin certifiant que votre enfant est à jour de ses vaccins obligatoires.

### ● **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

● **REMARQUES EVENTUELLES :** (allergies\*, médicaments\*\*, asthme, port de lunettes...)

.....  
.....

\* : Pour toutes allergies, un PAI vous sera demandé.

\*\* : aucun médicament ne sera donné sans ordonnance datée, signée et au nom de l'enfant.

### ● **MEDECIN TRAITANT HABITUEL :**

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

### ● **AUTORISATION DES PARENTS (ou tuteur) :**

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

Fait à .....

**signature des parents**

Le .....

(Inscrire la mention Lu et Approuvé)