**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025 - ACCUEIL DE LOISIRS 3/17 ANS**



**ETAT CIVIL DE L’ENFANT** :

NOM :………………………………………………………………..PRENOM : ………………………………………………………………

SEXE : F M *(entourer la réponse)* TEL pour les ados :

DATE DE NAISSANCE : ……../……../……… Lieu de naissance : ……………………………………………………………….

AGE : ……………………………………ECOLE FREQUENTEE : ……………………………………CLASSE : ………………..........

**RENSEIGNEMENTS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX** :

NOM :………………………………………………………………..PRENOM : ………………………………………………………………

ADRESSE : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

DATE DE NAISSANCE : ………/…….../………

PROFESSION :………………………………………………………………………………………………………………………………………

TEL PORTABLE : ………………………………………………………….TEL FIXE : ……………………………………………………….

MAIL : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RENSEIGNEMENTS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :**

NOM :………………………………………………………………..PRENOM : ………………………………………………………………

ADRESSE : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

DATE DE NAISSANCE : ………/………/………

PROFESSION :………………………………………………………………………………………………………………………………………

TEL PORTABLE : ………………………………………………………….TEL FIXE : ……………………………………………………….

MAIL : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L’ENFANT OU LE JEUNE** :

NOM :…………………………………………………… PRENOM : …………………………………………………………………………..

TEL : ………………………………………………………LIEN AVEC L’ENFANT :………………………………………………………….

**PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L’ENFANT OU LE JEUNE :**

NOM :…………………………………………………… PRENOM : …………………………………………………………………………..

TEL : ………………………………………………………LIEN AVEC L’ENFANT :………………………………………………………….

**PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L’ENFANT OU LE JEUNE :**

NOM :…………………………………………………… PRENOM : …………………………………………………………………………..

TEL : ………………………………………………………LIEN AVEC L’ENFANT :………………………………………………………….

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

NOM DU MEDECIN TRAITANT :…………………………………………………………………………………………………………….

VACCINS OBLIGATOIRES : DT POLIO *(dernière injection*) : …………………………………………………………………..

Rubéole varicelle angine scarlatine coqueluche otite rougeole oreillons *(entourer les maladies contractées)*

ALLERGIES : asthme alimentaires médicamenteuses

Si, oui préciser lesquelles et la conduite à tenir : ………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PARTICULARITES ALIMENTAIRES :**

Sans porc sans viande sans régime particulier

*(pour les régimes particuliers on remplace par du poisson ou des œufs)*

**UN PROTOCOLE INDIVIDUALISE PAI A-T-IL ETE SIGNE ?**

OUI NON (*entourer la réponse)*

SI OUI DATE DE SIGNATURE : ……………………………………………………………..(le joindre en photocopie)

Votre enfant porte t-il des lunettes ? prothèses auditives ? prothèses dentaires ? etc…

Votre enfant a-t-il une reconnaissance handicapée ? (MDPH) OUI NON *(entourer la réponse)*

*(Joindre la notification)*

**AUTORISATION :**

Sortie : J’autorise mon enfant à partir seul (entourer la réponse) OUI NON

Droit à l’image : j’autorise je n’autorise pas photos et vidéos diffusion sur le web

*(entourer la réponse)*

Je soussigné(e)………………………………………………………………………………, responsable légal de l’enfant déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable de la structure d’accueil à prendre les mesures d’urgences nécessaires pour notre enfant.

Date : Signature :