

FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES POUR LE
BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom et Prénom du représentant légal
(parent 1) :

.....

Adresse postale :

.....

.....

Adresse électronique :

.....

Tel. Travail parent 1 :

Tel. Portable parent 1 :

Nom de l'entreprise de travail
parent 1 :

.....

Nom et Prénom (parent 2) :

.....

Adresse postale :

.....

.....

Adresse électronique :

.....

Tel. Travail parent 2 :

Tel. Portable parent 2 :

Nom de l'entreprise de travail
parent 2 :

.....

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./ Mme :

Tel. :

M./ Mme :

Tel. :

2 – MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant :

Adresse :

Tel. du cabinet :

3 – VACCINATIONS

FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DE L'ENFANT INSCRITES SUR LE CARNET DE
SANTE DE L'ENFANT.

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Si oui, 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)

Les médicaments seront donnés UNIQUEMENT avec ordonnance + AUTORISATION des familles.

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place ? oui non

Si oui, joindre le justificatif dans « Document à transmettre »

ALLERGIES : **ASTHME** oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non
Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

Votre enfant bénéficie-t-il de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ?

oui non

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes.... Ou a-t-il d'autres soucis de santé :

.....
.....

7 – DROIT A L'IMAGE

Des photos sont prises afin de relater ce qui se passe à l'accueil de loisirs dans différents supports de communication destinés aux familles (diaporama, affiches, site internet, réseaux et bulletin de la commune).

En conséquence, je soussigné Mme, M. _____

autorise

n'autorise pas l'équipe de l'accueil de loisirs à diffuser les photographies de mon (mes) enfant(s) sur ses supports de communication

8 – REGLEMENT INTERIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

*Je soussigné,..... responsable
légal de l'enfant, déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs « Les P'tites
Frimousses ».*

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

Date : Je certifie exactes les informations saisies dans ce formulaire.

Signature parent 1

Signature parent 2