

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ANNEE 2021-2022

PHOTO	NOM		PRENOM	
	DATE DE NAISSANCE		AGE	
	<b>VOTRE ENFANT FREQUENTE LA STRUCTURE LORS DES :</b>		Accueils Extrascolaires (Vacances)	<input type="checkbox"/>
			Accueils périscolaires	<input type="checkbox"/>
			Pauses Méridiennes	<input type="checkbox"/>

### AUTORITE PARENTALE 1

NOM : ..... Prénom : .....  
 TEL FIXE : ..... PORTABLE : .....  
 ADRESSE : .....  
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....  
 PROFESSION : ..... EMPLOYEUR : .....  
 TEL EMPLOYEUR : .....

### AUTORITE PARENTALE 2

NOM : ..... Prénom : .....  
 TEL FIXE : ..... PORTABLE : .....  
 ADRESSE : .....  
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....  
 PROFESSION : ..... EMPLOYEUR : .....  
 TEL EMPLOYEUR : .....

### RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DATES DU VACCIN DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES DU VACCIN
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tetracoq					
BCG					

#### REGIMES ALIMENTAIRES PARTICULIERS

	OUI	NON	
Sans porc			
Allergies Alimentaires			<u>Lesquelles :</u>
PAI Alimentaire			En cas de PAI alimentaire, la famille apporte un panier repas tous les midis et pour les gouters

#### CONSIGNES SANITAIRES PARTICULIERES

	OUI	NON	
<b>PAI</b>			<u>Difficultés de santé :</u>
			<u>Protocole à suivre :</u>

EN RESPECT DE LA REGLEMENTATION D.D.C.S.  
 AUCUN MEDICAMENT NE PEUT ETRE DONNÉ À VOTRE ENFANT SANS PRESENTATION D'UNE ORDONNANCE  
 J'AUTORISE LE DIRECTEUR DE LA STRUCTURE À FAIRE SOIGNER ET À FAIRE PRATIQUER TOUTES INTERVENTIONS DANS  
 L'HOPITAL EN CAPACITÉ DE L'ACCUEILLIR

DATE :

SIGNATURE :

### AUTORISATIONS DIVERSES

En signant la fiche sanitaire de liaison, j'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et les sorties de l'accueil de loisirs et des accueils périscolaires.

JOINDRE L'ORIGINAL D'UN CERTIFICAT MEDICAL SI L'ENFANT EST ATTEINT D'UNE PATHOLOGIE LUI INTERDISANT LA PRATIQUE DE JEUX SPORTIFS COLLECTIFS OU/ET AQUATIQUES

#### AUTORISATION FILMS ET PHOTO

Dans le cadre des activités extra et périscolaires, j'autorise que mon enfant soit pris en photo ou filmé pour diffusion dans différentes productions écrites et audiovisuelles de la ville :

OUI       NON

#### AUTORISATION A QUITTER SEUL LA STRUCTURE

<b>J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER SEUL LA STRUCTURE D'ACCUEIL</b>	JE N'AUTORISE PAS MON ENFANT À QUITTER SEUL LA STRUCTURE D'ACCUEIL  <input type="checkbox"/>
LUNDI <input type="checkbox"/> Heure :	
MARDI <input type="checkbox"/> Heure :	
MERCREDI <input type="checkbox"/> Heure :	
JEUDI <input type="checkbox"/> Heure :	
VENDREDI <input type="checkbox"/> Heure :	

#### PERSONNES HABILITEES À RECUPERER MON ENFANT SUR LA STRUCTURE

Les personnes, figurant sur cette liste, doivent être âgés de 10 ans révolus.

Toute personne ne figurant pas sur la fiche sanitaire, ne pourra prendre l'enfant que sur présentation d'une **autorisation écrite datée et signée** d'une des personnes détenant l'autorité parentale et **d'une pièce d'identité.**

NOM	PRENOM	QUALITE	ADRESSE	TELEPHONE

#### PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM	PRENOM	QUALITE	ADRESSE	TELEPHONE

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE PRESENTE FICHE SANITAIRE SONT EXACTS ET JE M'ENGAGE À PREVENIR LE/LA GESTIONNAIRE DE SITE OU SON ADJOINT(E) DE TOUT CHANGEMENT POUVANT ETRE DE NATURE À MODIFIER CES RENSEIGNEMENTS.

DATE :

SIGNATURE :