

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Commune de Pont-Scorff

Commune de résidence : _____

Cette fiche sanitaire de liaison est **obligatoire** si votre enfant fréquente :

L'accueil du **matin**, du **soir**, le temps du **midi**, les **mercredis** et les **vacances**.

Enfant

Nom : _____
 Prénom : _____
 Sexe : Fille Garçon Age : _____
 Date et Lieu de naissance : ____/____/____ à _____

Photo

d'identité

Famille

Nom & Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tel domicile : _____ Tel portable : _____
 Adresse mail : _____
 Situation familiale (entourer la situation) : Célibataire - Marié - Pacsé - Divorcé - Séparé -
 Veuf - Vie maritale - Assistante Familiale - Autre situation
 Nombre total d'enfants : _____ Nombre total d'enfants à charge : _____
 Numéro de sécurité sociale : _____
 Nom de l'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile : _____
 Numéro d'assurance : _____

Responsable 1

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____/____/____
 Lieu de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code postal - Ville : _____
 Tel. Travail : _____
 Tel. Portable : _____
 Profession : _____
 Autorité parentale : Oui Non

Responsable 2

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____/____/____
 Lieu de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code postal - Ville : _____
 Tel. Travail : _____
 Tel. Portable : _____
 Profession : _____
 Autorité parentale : Oui Non

Régime d'allocations familiales dont dépend l'enfant

A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué

Quotient familial : _____ Caisse : _____
 N° d'allocataire : _____

La fiche sanitaire de liaison est **OBLIGATOIRE** dans les accueils collectifs de mineurs, elle doit être **renouvelée tous les ans**.

Ecoles et temps fréquentés de l'enfant ainsi que ses frères et sœurs

Veillez cocher les activités auxquelles vous souhaitez participer

Nom(s)/ Prénom(s)	Age	Etablissement	Classe ou instituteur	Repas du midi	Garderie	ALSH

Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant après les temps d'accueil et à contacter en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables)

Nom(s) / Prénom(s)	Lien de parenté	Téléphone

Autorisations de sorties et droit à l'image

Je soussigné(e) _____, responsable légal ou tuteur légal,

- Autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil périscolaire (du soir) à partir de : ____ h ____
- Autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil de loisirs à partir de : ____ h ____
- Autorise mon enfant à prendre les transports en commun pour rentrer à partir de : ____ h ____
- N'autorise pas mon enfant à rentrer seul.

Accepte que mon enfant soit pris en photo ou filmé dans le cadre des activités du centre de loisirs ou des temps périscolaires et autorise la structure à utiliser ces images pour illustrer ses supports d'information et de communication (plaquette ALSH, site municipal, journaux ...).

Réseaux sociaux (Facebook, Instagram ...) : Oui Non

Refuse que mon enfant soit pris en photo.

Pièces obligatoires à joindre au dossier

- Une attestation de responsabilité civile ou l'attestation d'assurance de l'année en cours.
- La copie du livret de famille
- Une attestation de domicile
- La copie du carnet de vaccination ou certificat de contre-indication
- Une attestation du Quotient Familial
- La copie du test d'aisance aquatique pour les enfants de plus de 6 ans (pour les activités nautiques en période estivale)
- P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cas d'allergies ou maladies chroniques

Médecin traitant

Nom & Prénom : _____ Tel : _____

Adresse : _____

Vaccinations

Vaccin DTP (antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique) **Obligatoire** avec rappels tous les 5 ans.

Date du dernier rappel : _____

*Votre enfant n'est pas vacciné. Pourquoi ? _____

Renseignements médicaux

Poids : _____ kg ; Taille : _____ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (Cochez les pathologies qu'il a contractées)

Coqueluche		Scarlatine		Hépatite		Rougeole	
Rubéole		Diphtérie		Angine		Rhumatismes	
Varicelle		Otites		Méningite		Oreillons	
Asthme		Roséole		Typhoïde et paratyphoïde			

Préconisations et recommandations des parents : (port de lunettes, prothèses dentaires, auditives...) : _____

Allergies :

Médicamenteuses : _____

Alimentaires : _____

Autres (pollens, poils d'animaux, plantes...) : _____

ATTENTION Plus aucuns médicaments ne peuvent être administrés aux enfants. Seulement, si l'enfant fait l'objet d'un P.A.I. Dans ce cas, vous devez impérativement et rapidement en informer le service enfance jeunesse en prenant rendez-vous au 02.97.32.58.79.

Autorisations et décharges

Je soussigné(e) _____, responsable légal ou tuteur de l'enfant _____ :

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées.
- Autorise mon enfant à emprunter les transports collectifs.
- Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs ou de l'accueil périscolaire (matin, midi, soir) et m'engage à le respecter.
- Autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux si P.A.I, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Décharge les organisateurs de toutes les responsabilités en cas d'accident en dehors des heures de prise en charge par le service.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas de perte ou de vol d'objets ou matériel personnel des enfants.
- Certifie que les vaccins obligatoires de mon enfant sont à jour.
- Certifie que mon enfant est couvert par une garantie de responsabilité civile ou d'un contrat d'assurance pour les activités extra-scolaires.
- M'engage à fournir à l'organisateur les documents nécessaires à joindre au dossier.
- M'engage à informer et signaler tous changements de situation à la direction du service.
- Déclare exactes les informations renseignées sur ce document.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature du responsable légal, précédée de la mention « Lu et approuvé ».