

## 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**.

<b>Enfant</b>	Photo
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon      Age : _____ Date et Lieu de naissance : ____/____/____ à _____	d'identité

<b>Famille</b>
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 : _____

<b>Responsable 1</b>
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____ Adresse : _____ Code postal - Ville : _____ Tel. Travail : _____ Tel. Portable : _____ Profession : _____ Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Responsable 2</b>
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____ Adresse : _____ Code postal - Ville : _____ Tel. Travail : _____ Tel. Portable : _____ Profession : _____ Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Régime d'allocations familiales dont dépend l'enfant</b>
<u>A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué</u>
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**.

<b>Ecoles et temps fréquentés de l'enfant ainsi que ses frères et sœurs</b>						
<i>Veillez cocher les activités auxquelles vous souhaitez participer</i>						
Nom(s)/Prénom(s)	Age	Etablissement	Classe ou instituteur	Repas du midi	Garderie	ALSH

<b>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)</b>		
Nom(s) / Prénom(s)	Lien de parenté	Téléphone

<b>Autorisations de sorties et droit à l'image</b>
Je soussigné(e) _____, responsable légal ou tuteur légal,  <input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil périscolaire (du soir) à partir de : ____ h <input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil de loisirs à partir de : ____ h <input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à prendre les transports en commun pour rentrer à partir de : ____ h <input type="checkbox"/> N'autorise pas mon enfant à rentrer seul.  <input type="checkbox"/> 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 ...). <u>Réseaux sociaux</u> (Facebook, Instagram ...): Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Refuse que mon enfant soit pris en photo.

<b>Pièces obligatoires à joindre au dossier</b>
<input type="checkbox"/> Une attestation de responsabilité civile ou l'attestation d'assurance de l'année en cours. <input type="checkbox"/> La copie du carnet de vaccination ou certificat de contre-indication <input type="checkbox"/> Une attestation du Quotient Familial <input type="checkbox"/> La copie du test d'aisance aquatique pour les enfants de plus de 6 ans (pour les activités nautiques en période estivale) <input type="checkbox"/> 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 ».