

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Commune de Pont-Scorff

Commune de résidence : _____

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

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
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 :
Tel. Travail :
Tel. Portable :
Profession :
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

Régime d'allocations familiales dont dépend l'enfant
<u>A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué</u>
Quotient familial : Caisse :
N° d'allocataire :

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,
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités. <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 de l'espace jeunes et autorise la structure à utiliser ces images pour illustrer ses supports d'information et de communication (plaquettes ALSH, site municipal, journaux ...). Refuse que mon enfant soit pris en photo.

Pièces obligatoires à joindre au dossier
<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"/> La copie du test d'aisance aquatique (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 antipoliomyélique) **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 le jeune fait l'objet d'un P.A.I. Dans ce cas, vous devez en informer l'Espace jeunes.

En cas de régime alimentaire, veuillez préciser :

Sans porc Sans viande Autre précisez : _____

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'espace jeunes 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.
- M'engage à fournir à l'organisateur les documents nécessaires à joindre au dossier.
- Déclare exactes les informations renseignées sur ce document.
- M'engage à informer et signaler tous changements de situation à la direction du service.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

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