

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022 - DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre **obligatoirement** la copie du carnet de vaccination ou un certificat médical du médecin

Date d'inscription :	Poids : _____ kg Taille : _____ cm Pointure : _____	Photo de l'enfant (à coller, ne pas agraffer)
Nom du mineur :		
Prénom :		
Féminin : <input type="checkbox"/> Masculin : <input type="checkbox"/>		
<i>information nécessaire en cas d'urgence</i>		
Date de naissance + âge : ____/____/____ ____ ans		
Etablissement scolaire :		
Classe :		

Fréquente : (cocher les cases correspondantes)	Accom. Scolaire	lundi - mardi - jeudi - vendredi (entouré les jours souhaités)			
	ALSH mercredis	récupérer mon enfant à l'école ? Oui / Non			
	Cirque	Gym 3 pommes	<input type="checkbox"/>	Éveil musical	<input type="checkbox"/>
	Couture	Éveil à la danse	<input type="checkbox"/>	Danse-Sophrologie	<input type="checkbox"/>
	Arts Plastiques	Théâtre impro.	<input type="checkbox"/>	Dessin-Peinture	<input type="checkbox"/>
	Street-Danse	Cardio-Boxing	<input type="checkbox"/>	Les Arlequins	<input type="checkbox"/>
	Autres : Gym Câline	École Multi-sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes médicaux connus :	Oui	<input type="checkbox"/>	P . A . I*	<input type="checkbox"/>	* Protocole d'Accompagnement Individualisé
	Non	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Précisez : (joindre l'ordonnance récente et les médicaments (emballage d'origine avec la notice) Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.)
--	----------------------------------

Allergies connues : (cocher les cases correspondantes)	Alimentaires	<input type="checkbox"/>	Autres (animaux, plantes, pollens...)	<input type="checkbox"/>
	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Précisez : (joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir)
---	-------------------------

Adresse de l'enfant :		
------------------------------	--	--

Nom Prénom :	Responsable n°1 :	Responsable n°2 :
Adresse :		
Lien avec l'enfant : (père,mère...)		
Téléphone Portable :		
Téléphone Maison :		
Téléphone Travail :		
Adresse mail :		
Situation Familiale : (entourer la situation correspondante)	Marié - Vie Maritale - Pacsé - Séparé - Divorcé - Monoparental	

Recommandations des parents : (port de lunettes,de lentilles, appareil dentaire/auditif, difficultés...)	
--	--

Retournez SVP →

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).



AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) _____
demeurant _____

Responsable légal de l'enfant _____

Autorise :

- Mon enfant à être filmé ou photographié dans le cadre des activités ?

Oui Non

Mon enfant à apparaitre dans les publications photos et films :

dans le Can'Arlacais (journal du quartier)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
dans un film tourné par l'association	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
sur le site internet de l'association	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
sur les réseaux sociaux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Mon enfant a rentrer seul.e à la fin d'une activité et décharge de toute responsabilité le Centre Socio-Culturel en cas d'incident sur le trajet

Oui Non

Le Centre Socio-Culturel à m'envoyer la newsletter et des informations par téléphone, SMS ou par mail

Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant : (sauf les responsables légaux) (si personnes interdites, joindre un justificatif judiciaire)	Nom - Prénom	Lien parenté	Téléphone / Mails

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

A _____ le ___/___/___