

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024 - DOCUMENT CONFIDENTIEL

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

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

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

Problèmes médicaux connus :	Oui	Non	P . A . I*	
------------------------------------	-----	-----	------------	--

* Protocole d'Accompagnement Individualisé

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	Autres (animaux, plantes, pollens...)	
	Médicamenteuses		

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

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

	Responsable n°1 :	Responsable n°2 :
Nom Prénom :		
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...)	
--	--



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 ___ / ___ / ___

Centre Socio-Culturel Arts et Loisirs –14 Avenue de la Chapelle St Bernadette - 33700 MERIGNAC

05 56 99 55 33 - 06 34 26 27 53 - Email : accueilartsetloisirsarlac@gmail.com