

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 /2025 - 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 :		

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

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	Régime alimentaire, type de régime	

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...)	
--	--

Retournez SVP →



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 Non

dans un film tourné par l'association

Oui Non

sur le site internet de l'association

Oui Non

sur les réseaux sociaux

Oui Non

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

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

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