



# ACCUEIL DE LOISIRS LA BASTIDE HAUTE

QUARTIER DU TALAGARD 13300 SALON DE PROVENCE  
TEL : 04.90.53.57.29



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### L'enfant :

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... AGE : .....

GARCON

FILLE

CLASSE FREQUENTEE : .....

PHOTO

### Responsable de l'enfant :

Nom ..... Prénom.....

Nom ..... Prénom.....

Adresse (pendant le séjour)

.....  
.....  
.....

Tél : Mère : ..... Fixe : .....

Tél : Père:..... Fixe : .....

Profession des parents :

Père : ..... Lieu : ..... Fixe : .....

Mère : ..... Lieu : ..... Fixe : .....

Nom et tél du médecin traitant : .....

Nom Tel et N° de la Police d'Assurance : .....

N° Allocataire CAF : .....

N° sécu père : .....

N° sécu mère : .....

▪ **REGIME ALIMENTAIRE** : Avec porc  Sans porc  PAI  (PROTOCOLE)

▪ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc.).....  
Indiquez ci-après : les difficultés de santé (accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre : .....

.....  
.....  
.....

• **VACCINATIONS : DTP OBLIGATOIRE** (SE REFERER AU CARNET DE SANTE)

FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION.

• **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice – **ATTENTION** : Seuls les médicaments sans étiquette rouge sont autorisés).

• **L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES**

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non		

**ALLERGIES : ASTHME** OUI  NON

**MEDICAMENTEUSE** OUI  NON

**ALIMENTAIRE** OUI  NON

**AUTRES :** .....

**DETAILS:** .....  
 .....  
 .....

**EN CAS D'ALLERGIE MERCI DE REMPLIR LE FORMULAIRE A DEMANDER A LA DIRECTION**

**DECLARATION DES PARENTS :**

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et de l'article 10 modifié le 20 Juillet 2011,
- M'engage à faire enregistrer personnellement l'arrivée et le départ de mon enfant à l'Accueil de Loisirs de la Bastide Haute ou à défaut déléguer : (à respecter la même procédure)

M.....Lien: .....Tel : .....

M.....Lien: .....Tel : .....

M.....Lien: .....Tel : .....

- Autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et aux sorties organisées par l'Accueil de Loisirs de la Bastide Haute et à être transporté en car, mini-bus ou transport en commun.
- Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de première urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.
- Autorise pour le **DROIT A L'IMAGE**, à titre gratuit l'Accueil de Loisirs de la Bastide Haute à :

➤ Photographier ou filmer sur support analogique et/ou numérique.

➤ Utiliser ces supports pour la promotion, les communications de l'accueil de loisirs en interne et en externe.

➤ Reproduire ou diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusion (voie hertzienne, câble, satellite), par réseaux numériques interactifs ou non tel qu'Internet, par reproduction sur vidéogramme (DVD, VHS,

CD,ROM...), par support imprimable (presse écrite, livre pédagogique...). OUI  NON

*La reproduction et la diffusion sont autorisées pour l'Accueil de Loisirs de la Bastide Haute par tous les moyens et procédés audiovisuels et écrits et ce pour le territoire de l'Union Européenne et pour une durée de 50 ans.*

Je déclare abandonner, sans contre partie à l'Accueil de Loisirs de la Bastide Haute les droits d'exploitation ainsi que tous droits à l'image s'y rapportant.

**DATE :**

**SIGNATURE :**