



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ANNEE 2017 /2018

### ACM BASTIDE-HAUTE

TARIF :  
 CATEGORIE :  
 A B C D E F G H  
 EXTERIEUR

**DOSSIER**

☞ des parents

☞ de la maman

☞ du papa

☞ des tuteurs

**L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : Féminin  Masculin

Repas : Avec porc :  Sans porc  Ecole : .....

Lieu de résidence : Parents :  Maman :  Papa :  Alternée :  Autres :

**MAMAN  ou TUTRICE**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Profession : .....

Employeur : .....

☎ travail : .....

☎ perso : .....

Situation familiale : .....

N° Sécurité Sociale : .....

**PAPA  ou TUTEUR**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Profession : .....

Employeur : .....

☎ travail : .....

☎ perso : .....

Situation familiale : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° d'Allocataire : ..... Bénéficiaire : Maman :  Papa :  Régime général : CAF :  ou MSA :

Police d'assurance : Nom de la compagnie et n° : .....

**ADRESSE MAIL FAMILLE** : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES**

NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : ..... ☎ .....

Votre enfant présente t'il des troubles de la santé : OUI  NON

**Si votre réponse est OUI, vous devez compléter un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I., veuillez vous rapprocher de la Directrice qui vous expliquera la procédure à suivre.**

Votre enfant présente t'il les pathologies suivantes :

Allergies alimentaires NON  OUI  Préciser : .....

Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser : .....

Asthme : NON  OUI  / DIABETE : NON  OUI  / EPILEPSIE : NON  OUI

Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (de langage, de comportement...) : .....

.....La Directrice peut vous rencontrer sur RDV si vous le souhaitez.

L'enfant suit-il un traitement régulier : NON  OUI

Le trouble de la santé implique t'il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs :  
 NON  OUI  Précisez : .....

Autres indications utiles (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives, suivi spécialisé) : .....

.....

**VACCINS OBLIGATOIRES POUR FREQUENTER LE CENTRE DE LOISIRS** : Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP)

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES SUITE :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

MALADIES	OUI	NON
ANGINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		
OTITE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
ROUGEOLE		
RUBEOLE		
SCARLATINE		
VARICELLE		



J'autorise  ou je n'autorise pas

le personnel à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'Accueil Collectif, à reproduire ou à diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusion, réseaux numériques interactifs ou non, tel qu'internet, par reproduction sur vidéogramme (DVD, CDROM), par support imprimable (presse écrite, livre pédagogique ...).

## DECLARATION DU RESPONSABLE

**Je soussigné(e).....responsable légal du mineur....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.**

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ACM,
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et en avoir reçu une copie,
- J'autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs de la Bastide Haute et à être transporté en car, minibus ou transport en commun,
- Je 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 : (à respecter la même procédure)

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

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

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

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

**A Salon de Provence, le.....**

- **Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »**

**PERE**

**MERE**

**TUTEUR**

**SALON VACANCES LOISIRS**

ACM LA BASTIDE HAUTE QUARTIER DU TALAGARD 13300 SALON DE PROVENCE

Tel : 04.90.53.57.29 – 06.10.76.92.86 email : [centre-aerer@orange.fr](mailto:centre-aerer@orange.fr) site : [www.salonvacancesloisirs.fr](http://www.salonvacancesloisirs.fr)