



Fiche Sanitaire de Liaison 2020 - 2021



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 :/...../...../...../.....
☎ Personnel :/...../...../...../.....
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 :
Quotient Familial CAF : Régime général : CAF : ou MSA :

ADRESSE MAIL FAMILLE :



Renseignements médicaux 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)

SALON VACANCES LOISIRS

ACM BASTIDE HAUTE 1, chemin du Talagard 13300 SALON DE PROVENCE

Tel : 04.90.53.57.29 – 06.10.76.92.86 email : svlbastidehaute@orange.fr site : www.salonvacancesloisirs.fr

Renseignements médicaux 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		



Photographie



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 une personne majeure : (à respecter la même procédure). Nous vous remercions de vous présenter avec une pièce d'identité.

- M..... Tél : Lien :

- M..... Tél : Lien :

- M..... Tél : Lien :

- M..... Tél : Lien :

A Salon de Provence, le.....Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »

PERE

MERE

TUTEUR

SALON VACANCES LOISIRS

ACM BASTIDE HAUTE 1, chemin du Talagard 13300 SALON DE PROVENCE

Tel : 04.90.53.57.29 – 06.10.76.92.86 email : svlbastidehaute@orange.fr site : www.salonvacancesloisirs.fr