

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM **de l'enfant**.....

PRENOM :

Garçon Fille

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ECOLE FREQUENTEE PAR L'ENFANT.....

Mère / Tutrice légale

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Cp : Commune :

① Domicile ___/___/___/___/___

① Travail : ___/___/___/___/___

① Portable : ___/___/___/___/___

Père / Tuteur légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Cp : Commune :

① Domicile ___/___/___/___/___

① Travail : ___/___/___/___/___

① Portable : ___/___/___/___/___

Adresse mail :@.....

Allergie :

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie ? Oui non

(Alimentaire, médicamenteuse ou autre)

Si oui, merci de préciser la nature :

Recommandation utile des parents :

Renseignement médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : Oui non

Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte(s) de médicaments dans leur emballage d'origine et marquée(s) au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

AUTORISATIONS

Autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher les enfants et à être jointes en cas d'urgence (autre que les parents) :

.....tél : ___/___/___/___/___

.....tél : ___/___/___/___/___

.....tél : ___/___/___/___/___

.....tél : ___/___/___/___/___

Autorise les responsables :

- à filmer, photographier et publier les images de mon enfant dans le cadre des activités du centre (Diffusion de programmes, site internet, presse). Oui non

Autorise mon enfant :

-à utiliser les transports mis en place pour les activités Oui non

Activités sportives :

Mon enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique sportive Oui non

(En mesure de le justifier par un certificat médical ou une licence sportive)

POUR LE CENTRE DE LOISIRS UNIQUEMENT			
ressortissants :	CAF : <input type="checkbox"/>	MSA : <input type="checkbox"/>	Autres : <input type="checkbox"/>
N° sécu :			
pour les ressortissants CAF :			
J'autorise les personnes habilités à utiliser le service CAF-PRO pour :			
obtenir mes ressources CAF	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
N° allocataire CAF :			

Médecin traitant : Tél : __/__/__/__/__

J'atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour dans son vaccin DT Polio Oui (joindre copie carnet de santé)

J'atteste avoir souscrit à une assurance avec responsabilité civile et dommages corporelles pour mon enfant. Dans le cadre des activités extrascolaires.

J'atteste que mon enfant ne présente pas de contre-indication pour la pratique des activités proposées ou en informer le responsable.

Je soussigné..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Lanvollon, le __/__/_____.

Signature

Les contacts animations Leff Armor Communauté

<u>Centre de loisirs</u>	<u>sports</u>	<u>jeunesse</u>
Loïc : 02 96 70 17 04	Nicolas : 06 18 00 42 83	Mathieu : 06 37 27 31 21
		Emilie : 06 83 14 21 09
		Romain : 06 80 18 65 31
alsh@leffarmor.fr	nicolas.moy@leffarmor.fr	jeunesse@leffarmor.fr