



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021

Accueil de Quartier

1 - ENFANT F M

NOM : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance :

Rentrée 2020/2021 → Ecole : Classe :

Adresse domicile :

Code postal : Ville :

Adresse mail : ☎ _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

2 - PERE Autorité parentale :

NOM : Prénom :

Nom et adresse de l'Employeur :

☎ Bureau : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ ☎ Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

3 - MERE Autorité parentale :

NOM : Prénom :

Nom et adresse de l'Employeur :

☎ Bureau : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ ☎ Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

4 - INSCRIPTIONS

PISSOT CASTILLON DOUS-HAOUS

5 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

➤ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (*) ? (*) Rayez la mention inutile

<u>RUBEOLE</u>	<u>VARICELLE</u>	<u>ANGINES</u>	<u>RHUMATISMES</u>	<u>SCARLATINE</u>
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
<u>COQUELUCHE</u>	<u>OTITE</u>	<u>ASTHME</u>	<u>ROUGEOLE</u>	<u>OREILLONS</u>
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

➤ **Vaccination obligatoire : DT POLIO**
(Carnet de santé à remettre **obligatoirement**)
☒ Date dernier rappel :

➤ **L'enfant mouille-t-il son lit ?**
 OUI - NON

➤ **Allergies/régimes**
 Médicamenteuse Alimentaire Autres

➤ L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON Si oui lequel ?

Observations, recommandations, difficultés, précautions à prendre etc. (à préciser) :

.....

.....

6 - ADMINISTRATIF

- N° Sécurité Sociale :
- N° d'allocataire CAF : QF ➤ Aides aux Temps Libres : OUI - NON
- Assurance : N° Contrat :
- Dans le cadre de notre réglementation du Ministère de la Jeunesse et des Sports, nous avons dorénavant l'obligation de vous informer que « les responsables légaux ont intérêt à souscrire un contrat d'assurance dommage corporel ou individuel accident ou garanties des accidents de la vie » dans le cas de pépin sans tiers responsable. Merci de prendre note.*
- Médecin traitant Ville ☎ _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

7 - AUTORISATIONS au moins 1 personne impérativement

- J'autorise mon enfant (si âgé de + de 8 ans UNIQUEMENT) à rentrer seul ? : OUI - NON
☞ Tout enfant de – de 8ans doit être accompagné et récupéré sur l'Accueil de Quartier
- Personnes (autres que les parents) autorisées à venir chercher l'enfant :
- Nom et Prénom : ☎ _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Contacter en cas d'urgence
Lien :
- Nom et Prénom : ☎ _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Contacter en cas d'urgence
Lien :
- Nom et Prénom : ☎ _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Contacter en cas d'urgence
Lien :
- Nom et Prénom : ☎ _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Contacter en cas d'urgence
Lien :
- Autorisation de soin : Clinique (laquelle ?) Hôpital de Bayonne
J'autorise les responsables de la structure concernée, à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions d'un médecin.
- Autorisation de droit à l'image : OUI - NON
J'autorise les équipes des structures de l'Association à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tout support de communication : photos, films, site Internet, articles de presse, reportage vidéo...
- J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du Centre : OUI – NON
Sauf :
- L'enfant a-t-il passé le **Certificat d'Aisance aux Activités Aquatiques et Nautiques** ? OUI* NON
*Si oui, nous fournir l'attestation. **ATTENTION** : Depuis le 1^{er} juillet 2012, ce test remplace le PAAN. Néanmoins, si votre enfant est titulaire du **PAAN** avant cette date, il demeure valable.
- L'enfant possède-t-il un vélo ? OUI - NON

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement en vigueur de la structure concernée dont une copie m'a été remise.

Fait à Tarnos, le

Signature :