



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

### Accueil de Quartier

<b>1 - ENFANT</b>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOM : ..... Prénom : .....	
Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance : .....	
Rentrée 2022/2023 → Ecole : ..... Classe : .....	
Adresse domicile : .....	
Code postal : ..... Ville : .....	
Adresse mail : ..... ☎ _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	

<b>2 - PERE</b>	<b>Autorité parentale : <input type="checkbox"/></b>
NOM : ..... Prénom : .....	
Nom et adresse de l'Employeur : .....	
☎ Bureau : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	☎ Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

<b>3 - MERE</b>	<b>Autorité parentale : <input type="checkbox"/></b>
NOM : ..... Prénom : .....	
Nom et adresse de l'Employeur : .....	
☎ Bureau : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	☎ Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

<b>4 - INSCRIPTIONS</b>
<input type="checkbox"/> <b>PISSOT</b> <input type="checkbox"/> <b>CASTILLON</b> <input type="checkbox"/> <b>DOUS-HAOUS</b>

<b>5 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT</b>					
➤ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (*) ?		(*) Rayez la mention inutile			
➤ <b>Vaccination obligatoire : DT POLIO</b> (Carnet de santé à remettre <b>obligatoirement</b> ) ☒ Date dernier rappel : .....	<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
➤ <b>L'enfant mouille-t-il son lit ?</b> <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> 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
➤ <b>Allergies/régimes</b>					
<input type="checkbox"/> Médicamenteuse ..... <input type="checkbox"/> Alimentaire ..... <input type="checkbox"/> Autres .....					
➤ L'enfant suit-il un traitement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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<sup>er</sup> 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 :