



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025 Accueil de Quartier

<b>1 - ENFANT</b>	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
NOM : ..... Prénom : .....		
Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance : .....		
Rentrée 2024/2025 → Ecole : ..... Classe : .....		
Adresse domicile : .....		
Code postal : ..... Ville : .....		

<b>2 - PERE</b>	Autorité parentale : <input type="checkbox"/>
NOM : ..... Prénom : .....	
Nom et ville de l'Employeur : ..... ① __/__/____/____/____	
Adresse mail : ..... Portable : __/__/____/____/____	

<b>3 - MERE</b>	Autorité parentale : <input type="checkbox"/>
NOM : ..... Prénom : .....	
Nom et ville de l'Employeur : ..... ① __/__/____/____/____	
Adresse mail : ..... Portable : __/__/____/____/____	

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

<b>5 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT</b>
<b>Dans le cadre de la politique inclusive et afin d'adapter et favoriser l'accueil de votre enfant, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :</b>
- Est-il porteur de handicap ? <input type="checkbox"/> Oui* / <input type="checkbox"/> Non *Si oui, précisez : _____
- Bénéficie-t-il de l'AEEH ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
- L'enfant mouille-t-il son lit ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
- Maladie : <input type="checkbox"/> Oui* / <input type="checkbox"/> Non *Si oui, précisez : _____
- Allergies : <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Autres / <input type="checkbox"/> Non
*Si oui, Précisez : _____
- Soins spécifiques ou traitements : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si oui Précisez : _____
Joindre obligatoire le PAI ainsi qu'une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice) sur chaque structure.
<b><u>VACCINATION OBLIGATOIRE : DTP POLIO (à faire tous les 5 ans)</u></b>
Date du dernier rappel : _____

## 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 d'en 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 à la fin de l'activité ?

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 : .....

- 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)

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 :