



Fiche sanitaire de liaison

Accueil de loisirs Implanté à Iwuy Juillet 2024



ifac.asso.fr



1/ Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Garçon Fille

Numéro de Sécurité Sociale :

2/ Responsable légal : Situation familiale : Marié(e) - Séparé(e) - Concubinage - Veuf(ve)

Si séparation : résidence de l'enfant chez : la mère - le père - garde alternée

Mère : Nom - prénom :

Adresse :

Tél perso :

Profession :

Tél travail :

Père : Nom - prénom :

Adresse idem mère

Adresse :

Tél perso :

E-mail :

Profession :

Tél travail :

Régime : CAF / MSA / Autres

Assurance :

Numéro allocataire :

Numéro de police :

Adresse mail :

Si famille d'accueil : Nom - prénom :

Adresse :

Tél perso :

E-mail :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION : ASS VACC QF :

3/ Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant est-il à jour des vaccinations obligatoires (*diphtérie, tétanos, poliomyélite, DT polio, tétacoq, Hépatite B, ROR, coqueluche, BCG*) ?

Si oui : fournir la copie du carnet de vaccination.

Si non : fournir un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical ? Non

Si oui : un PAI devra être établi et signé pour officialiser la procédure

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

L'enfant a-t-il des allergies :

ASTHME	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant suit-il un régime alimentaire : Non

Si oui lequel :

Difficultés de santé (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents (*votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...*)

Médecin traitant :

Nom :

Téléphone :

4/ Renseignements complémentaires

En cas d'absence ou d'indisponibilité de votre part, merci de préciser ci-dessous les personnes autorisées à récupérer votre enfant et/ou à contacter en cas d'urgence :

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de famille	* Autoriser à récupérer l'enfant	* A contacter en cas d'urgence

* Cocher la ou les cases correspondant à votre choix

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Nom Prénom.....

Responsable légal de l'enfant

autorise mon enfant :

- à participer à toutes les activités organisées
- à participer aux activités impliquant des déplacements à pied
- à participer aux activités impliquant des déplacements en bus
- à repartir seul à la maison
- à être photographié ou filmé dans le cadre des activités
- donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant, sans limitation de durée et à titre gratuit. Ces photographies et/ou vidéo ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale. Elles serviront à illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web de l'IFAC, page facebook, vidéo, etc...)

Nombre de cases cochées :

Je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit.

Je m'engage à joindre à ce dossier :

- La copie du carnet de vaccination
- L'attestation CAF ou MSA indiquant le Quotient Familial (**sinon le tarif maximum sera appliqué**)
- L'avis d'impôts locaux ou fonciers du responsable légal prouvant qu'il est contribuable de la commune.

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du responsable de la structure.

J'autorise le responsable de la structure à prendre pour mon enfant, toute disposition nécessaire en cas d'urgence, notamment l'hospitalisation si l'état de santé le nécessite.

Je m'engage en outre à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques qui pourraient être engagés pour les soins à apporter à mon enfant.

J'atteste sur l'honneur avoir souscrit une assurance « Responsabilité civile » pour mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Conformément au nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), j'autorise l'organisateur et l'Ifac à effectuer un traitement informatique des données personnelles de cette fiche de collecte aux seules fins de la bonne exécution du service de l'ACM.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal