
Fiche sanitaire de liaison

Nom de l'enfant : Prénom : Age :
Adresse et ville : Date de naissance :/...../..... Lieu :
..... ☐ Fille ☐ Garçon Repas spéciaux : ☐ Sans viande
Poids :Kg Taille :cm ☐ Végétarien

Autorisation

J'autorise mon enfant à venir et repartir seul des activités : ☐ OUI ☐ NON

Si non, liste des personnes autorisées ou non à venir le récupérer (hors père et mère) :

<u>Cocher si non autorisée</u>	Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
☐			
☐			

J'autorise mon enfant à être **pris en charge et transporté dans la voiture personnelle des animateurs** lors des activités nécessitant un déplacement tout au long de l'année : ☐ OUI ☐ NON

J'autorise l'association R'Ado à photographier ou filmer mon enfant et autorise l'exploitation de ce(s) image(s) en partie ou en totalité et la reproduction sur les supports suivants : bulletin municipal, support de communication, réseaux sociaux (Facebook, Instagram, YouTube) de l'association et autorise également la diffusion de celle(s)-ci à la presse. ☐ OUI ☐ NON

Fiche parentale

Nom du père : Nom de la mère :
Prénom : Prénom :
Tel. Urgence : Tel. Urgence :
Email : Email :

Fiche médicale

Allergies :

☐ Alimentaire ☐ Asthme ☐ Médicamenteuses ☐ Autres

Précisions :

Si oui, fournir un Projet d'Accueil Individualisé.

Projet d'accueil individualisé

(Cerfa à télécharger ou demander à l'association)

Coordonnées du médecin traitant :

Nom - Prénom : Tel :

Traitements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel :

.....
.....

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes des médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Vaccination

Vaccin	Fait-le	Dernier rappel	commentaires
DT Polio			Obligatoire

Recommandations utiles des parents

(Port de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés quelconques etc.)

.....
.....
.....

Je soussigné, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche de liaison sanitaire, et je m'engage à informer l'association de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant. J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de mon enfant.

Fait à :, le, / /

Signature