

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MEDECINS TRAITANT :

Docteur : Tel :

Adresse :

VACCINS :

Joindre la photocopie des vaccins à jour

DIFFICULTES DE SANTE :

Indiquez ci après les difficultés (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre :

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

RECOMMANDATIONS UTILES :

Indiquez ci après si votre enfant portes des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Rappel : si l'enfant suit un traitement, il ne pourra en aucun cas lui être administré les médicaments nécessaire sans ordonnance.

ALLERGIES : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

AUTRES :

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

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

Si PAI le signaler et fournir les démarches à suivre.



- * ALSH Puy guillaume 3-11 ans
2 place Jean Moulin
63290 PUY-GUILLAUME
- ALSH Thiers 3 - 11 ans
Rue Emile Zola
63300 THIERS
- ALSH la SOURCE 3-11 ans
Le tour du Pied
63250 ARCONSAT
- ALSH La Monnerie 3-11 ans
3 rue de l'Eglise
63650 LA MONNEIRE LE MONTEL
- ALSH Aubusson 3-11 ans
Maison du Lac
63120 AUBUSSON D'Auvergne

* cocher le centre d'inscription

ENFANT

NOM : PRENOM :

Né(e) le :

Sexe :

FAMILLE

Adresse : Téléphone 1 :

..... Téléphone 2 :

..... Email :

Zone : CCTDM HORS CCTDM Régime : CAF MSA AUTRES

Situation familiale : N° d'allocataire* :

Assurance * : * renseignement obligatoire sinon le tarif

..... maximun sera appliqué.

.....

* joindre automatiquement l'attestation

Responsable 1

NOM :

PRENOM :

Adresse :

.....

.....

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

AUTORITE PARENTALE : OUI NON

Responsable 2

NOM :

PRENOM :

Adresse :

.....

.....

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

AUTORITE PARENTALE : OUI NON

CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur,
autorise(nt) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure .

A, le/...../.....

Signature des parents

Nom - Prénom	Adresse	Téléphone	Lien

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur.....autorise
(nt) les personnes citées ci-dessous à être prévenues en cas d'urgence .

A, le/...../.....

Signature des parents

Nom - Prénom	Adresse	Téléphone	Lien

AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAF

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur,.....
autorise(nt) la direction à consulter notre dossier d'allocataire, afin d'accéder directement au quotient familial pour la prise en compte du tarif à appliquer.

A, le/...../.....

Signature des parents

AUTORISATION PHOTOGRAPHIER / FILMER

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur,
autorise(nt) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- la structure elle-même (journal interne, activités..).
- le service de communication de la Communauté de Commune Thiers Dore et Montagne.
- la presse.
- le site internet et/ou autres supports informatiques (réseaux sociaux de la CCTDM...) de la structure.
- les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage.

A, le/...../.....

Signature des parents

* Rayer les mentions non autorisées.

AUTORISATIONS AUX SOINS

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur..... déclare exact les renseignements portés sur la fiche sanitaire est :

- autorise(nt) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.
- autorise(nt) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant.
- demande(nt) au personnel de la structure , en cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance que j'aurais fournie.
- demande(nt) d'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité.

A, le/...../.....

Signature des parents

* Rayer les mentions non autorisées.

AUTORISATIONS DIVERS

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur.....

- autorise(nt) mon enfant à rentrer seul(e)
- autorise(nt) mon enfant à être maquillé(e)
- certifie(nt) son aptitude à la nage et je joins l'attestation d'aptitude à savoir nager (25m ou 50m)

A, le/...../.....

Signature des parents

* Rayer les mentions non autorisées.

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur,.....
avoir pris connaissance du règlement intérieur.

A, le/...../.....

Signature des parents