



Fiche Sanitaire de liaison 2024/25/26

NOM de l'enfant :
Prénom :
Date de Naissance :
Ecole :
Classe :/...../.....

Informations Générales

NOM/Prénom du représentant légal :
Adresse :
Téléphone domicile : N° carte Adhérent :
Mail :

<i>Mère - Père</i>	<i>Mère - Père</i>
Nom/Prénom si différent :	Nom/Prénom si différent :
N° Portable :	N° Portable :
Nom et téléphone de l'employeur :	Nom et téléphone de l'employeur :

ATTESTATION ALLOCATAIRE : Merci de présenter l'attestation allocataire de l'organisme dont vous dépendez et de nous prévenir de tout changement de situation.

CAF MSA Autre : **Nom de la personne allocataire**

N° d'allocataire : **Quotient Familial** :

Informations Médicales

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

~ Si **oui**, joindre une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom de l'enfant).

~ *Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance*

Vaccination : Il est impératif de nous photocopier le carnet de vaccination à jour

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : Oui Non Médicamenteuse : Oui Non Alimentaire Oui Non

Autres (précisez) : Oui Non

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

.....

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (Maladie, crises convulsives, énurésie (camp) etc.) Précisez les précautions à prendre	Recommandations utiles (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires, etc.)
.....

Autorisation Parentale Permanente

➤ **J'autorise mon enfant (de plus de 7 ans) à quitter l'accueil de loisirs/périscolaire aux horaires de fermeture :**

Seul (moyen de locomotion :.....)

Accompagnés des personnes autorisés suivantes :

Nom et Prénom :..... N° de téléphone :.....

Nom et Prénom :..... N° de téléphone :.....

Nom et Prénom :..... N° de téléphone :.....

Si votre enfant doit partir avec une personne non inscrite dans la liste ci-dessous merci de nous prévenir au préalable par téléphone ou autorisation écrite. (Cette personne devra présenter sa pièce d'identité).

J'autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités proposées :

En voiture particulière

En transport collectif

J'autorise mon enfant à participer aux sorties extérieures proposées par l'accueil.

J'autorise l'équipe d'encadrement à prendre mon enfant en photo et autorise également l'association Familles Rurales à diffuser ces photos dans le cadre de l'information de ses activités (Presse, site internet, Facebook ...).

J'autorise que mon enfant soit conduit à la piscine pour se baigner.

Mon enfant : sait nager

ne sais pas nager

J'autorise les responsables de l'accueil à faire intervenir un médecin ou les services d'urgences auprès de mon enfant en cas de nécessité, et si nécessaire, à effectuer une anesthésie.

➤ NOM/Prénom et téléphone du médecin traitant :

Nom de la personne à prévenir si vous êtes injoignable :

N° de téléphone :

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Année 2023/2024

Signature et date

Année 2024/2025

Signature et date

Année 2025/2026

Signature et date