



2019/2020

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A compléter et à retourner :

Par courriel: secretariat.education@ville-montrouge.fr

Ou Centre Administratif - 4 rue Edmond Champeaud - 92120 Montrouge

Accueils de Loisirs Municipaux

Club 8/13 Renaudel A. Briand M. Arnoux

Remplir une fiche par enfant

Etablissement scolaire fréquenté en 2019/2020			
<input type="checkbox"/> MATERNELLE		<input type="checkbox"/> ELEMENTAIRE / COLLEGE	
Marcelin BERTHELOT	<input type="checkbox"/>	RENAUDEL A ou B	<input type="checkbox"/>
Nicolas BOILEAU	<input type="checkbox"/>	Raymond QUENEAU	<input type="checkbox"/>
François RABELAIS	<input type="checkbox"/>	François RABELAIS	<input type="checkbox"/>
Aristide BRIAND	<input type="checkbox"/>	Aristide BRIAND	<input type="checkbox"/>
BUFFALO	<input type="checkbox"/>	BUFFALO	<input type="checkbox"/>
Maurice ARNOUX	<input type="checkbox"/>	Nicolas BOILEAU	<input type="checkbox"/>
HAUT-MESNIL	<input type="checkbox"/>	COLLEGE	<input type="checkbox"/>
AUTRE	<input type="checkbox"/>	AUTRE	<input type="checkbox"/>

1/ L'ENFANT

NOM : Garçon

PRENOM : Fille

Date et lieu de naissance: __ / __ / __ à

Nom de l'assurance responsabilité civile :

N° assurance responsabilité civile (risque EXTRASCOLAIRE) :

2/ RESPONSABLES DE L'ENFANT

	PERE (ou TUTEUR)	MERE (ou TUTEUR)
NOM		
PRENOM		
Adresse		
Téléphone (domicile)		
Téléphone (portable)		
Téléphone (professionnel)		
Courriel		
Nombre d'enfants		

3/ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Une pièce d'identité sera demandée par le responsable

	Téléphone	Lien avec l'enfant
Nom et Prénom		
Nom et Prénom		
Nom et Prénom		

4/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

PRECISEZ LES DATES DU DERNIER RAPPEL DES VACCINATIONS SUIVANTES

AUCUNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION NE SERA ACCEPTEE

Diphtérie		BCG	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq		R-O-R	
		Coqueluche	
		Autres (précisez)	

Si l'enfant n'a pas la vaccination obligatoire (DT POLIO), joindre un certificat médical de contre-indication.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

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

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ? si oui, précisez la conduite à tenir

ASTHME Oui / Non

ALIMENTAIRES Oui / Non Précisez :

MEDICAMENTS Oui / Non Précisez :

AUTRES:

L'enfant est-il soumis à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? OUI / NON

NB: Attention la mise en place d'un PAI est nécessaire pour toute administration de traitement

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives et/ou dentaires ? OUI / NON

Si oui, merci de préciser :

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des difficultés de santé particulières OUI / NON (accident, handicap, crise de convulsion, hospitalisation, opération, rééducation....) ?

Merci dans ce cas de préciser les dates et les précautions à prendre et d'établir si besoin un PAI :

Nom et téléphone des personnes à contacter en cas de besoin :

1/

2/

5/ AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussigné(e), M, Mme

autorise:

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également (rayer les mentions inutiles) :

* mon enfant **à participer et à pratiquer toutes les activités du centre ou du club** (déplacement en bus, à pied, baignade ...) et m'engage à prévenir la direction de l'accueil de loisirs ou du club dans le cas contraire.

* mon enfant **à rentrer seul** (uniquement pour les élémentaires) voir les modalités sur structure.

* le centre de loisirs à **prendre et exposer des photos de mon enfant** et/ou filmer mon enfant, dans le respect de son intégrité, pendant les activités du centre. L'utilisation de ces images sera à usage exclusif de l'ALSH ou du club dans le cadre de présentations privées (accueil des familles, fêtes de fin d'année) de la structure. Cette autorisation est valable pour l'année scolaire en cours.

Fait à Montrouge, le

• Signatures des représentants légaux :