

ANTIPODE - MAISON DES JEUNES ET DES CULTURES

AUTORISATION PARENTALE - FICHE DE LIAISON SANITAIRE

1 - RAPPEL DES INFORMATIONS

NOM + PRÉNOM DU MINEUR :

DATE DE NAISSANCE :

ÉCOLE :

CLASSE :

INSCRIPTION EN ACCUEIL DE LOISIR (OUI / NON) :

INSCRIPTION ATELIERS (A PRÉCISER) :

TÉLÉPHONE PORTABLE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**NOM DU RESPONSABLE LÉGAL :****PRÉNOM :**

MAIL (EN MAJUSCULE) :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

CODE POSTAL + VILLE :

NOM DU RESPONSABLE 2 :**PRÉNOM :**

MAIL (EN MAJUSCULE) :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

CODE POSTAL + VILLE :

2 - AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à rentrer seul après son activité
- J'autorise d'autres personnes à venir chercher mon ou mes enfants

NOM + PRÉNOM + TÉLÉPHONE :

NOM + PRÉNOM + TÉLÉPHONE :

- Je m'engage à fournir une autorisation écrite si ponctuellement une autre personne non citée dans le document vient chercher mon ou mes enfants

- J'autorise les animateur·trice·s à venir chercher mon ou mes enfants à l'école Champion de Cicé les mercredis à 12h00 pour l'accompagner à l'accueil de loisirs

- J'autorise mon ou mes enfants à participer à toutes les animations et sorties dans le cadre de l'accueil de loisirs, activités structurées et sportives

3 - LA VACCINATION

DT POLIO - DATE DU DERNIER VACCIN :

- AVEC COPIE DU CARNET DE VACCINATION
- CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE

4 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

POIDS ET TAILLE :**NOM DU MÉDECIN TRAITANT :****TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :****UN TRAITEMENT MÉDICAL ? (OUI / NON) :**

Joindre le protocole d'accueil individualisé (PAI), une ordonnance récente, les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées du nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament n'est administré sans ordonnance.

ALLERGIES ? (OUI / NON) :**SI OUI, LESQUELLES :**

Si oui, joindre le certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

PROBLEME DE SANTÉ (OUI / NON) :

Votre enfant présente un problème de santé qui nécessite une information de votre part ? Si oui, précisez :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, sommeil, précisez :

Je soussigné·e, responsable légal·e de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :