



FICHE DE LIAISON 2018/2019

1. ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / _____ Sexe : Féminin Masculin

2. RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 : Civilité : Mr. Mme.

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro allocataire CAF :

Téléphone portable :

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

Responsable 2 : Civilité : Mr. Mme.

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro allocataire CAF :

Téléphone portable :

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

3. AUTORISATION

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportive
oui non
- Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées
oui non
- Autorise l'équipe d'animation à se déplacer avec mon enfant en transport en commun et car de location
oui non
- Autorise l'équipe pédagogique à prendre des photos et des vidéos durant les temps d'activités de mon enfant, ces photos pourront être utilisées à l'intérieur et à l'extérieur de la structure (exposition, brochures, gazettes, site internet...)
oui non

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant (ces personnes devront se présenter avec une pièce d'identité) :

Nom et Prénom	Téléphone

Pour toute autre personne, je m'engage à faire connaître l'identité auparavant au responsable de l'accueil de loisirs (cette personne devra se présenter avec une pièce d'identité).

Si exceptionnellement, mon enfant devait quitter l'accueil de loisirs en dehors des horaires de départ, je m'engage à fournir une décharge au responsable de l'accueil de loisirs.

J'autorise mon enfant de plus de 10 ans à quitter seul l'accueil de loisirs à 18h :
oui non

Enfin j'ai pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs du centre social et socioculturel de Gerland et je m'engage à le respecter.

Date :

Signature du responsable légal :

FICHE SANITAIRE 2018/2019

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI PEUVENT ETRE UTILES A L'EQUIPE PEDAGOGIQUE LORSQUE VOTRE ENFANT PARTICIPE AUX ACTIVITES ORGANISEES PAR LE CENTRE SOCIAL ET SOCIOCULTUREL DE GERLAND.

1. VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ?
 oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

À titre indicatif, votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Asthme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON

Autre (pollen, animaux, plantes, ...) précisez :

.....

Précisez la conduite à tenir :

.....

.....

.....

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non

(joindre le protocole, toutes informations utiles, ordonnances et traitements)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Je soussigné(e), autorise l'équipe d'animation et de direction à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgences seul habilité à définir l'hôpital de secteur.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux qui pourraient être avancés.

3. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il des :

lentilles lunettes prothèses auditives appareil dentaire

(au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Régime et/ou habitude alimentaire :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur ces fiches de liaison et sanitaire 2017/2018.

Date :

Signature du responsable légal :