

**CENTRES de LOISIRS
De VERNOSC LES ANNONAY
& de TALENCIEUX**

Fiche de liaison et sanitaire 2021/2022

Enfant

Nom: Prénom: Date de naissance :

Situation de famille des parents :

Célibataire Marié(e)s Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e)

Parent 1 Madame Monsieur

Nom: Prénom: Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. Professionnel: Mail :

Profession :Employeur:

Parent 2 Madame Monsieur

Nom: Prénom: Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. Professionnel: Mail :

Profession :Employeur:

Régime du responsable :

Régime général

Autres (préciser) :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécurité :

N° allocataire CAF : **QUOTIENT CAF :**

En vue de déterminer la tranche de tarif, le centre de loisirs à accès à CAF Partenaires pour connaître vos ressources. Ce dispositif vous évite d'avoir à fournir un justificatif de quotient CAF.

J'autorise/ Je n'autorise pas ... le centre de loisirs à accéder à mes ressources par le biais de CAF Partenaire*.

En cas de non autorisation **et de non communication du quotient CAF le tarif maximum sera appliqué.*



Renseignements médicaux concernant l'enfant :

*Nom du médecin traitant :

Adresse :Tél:



Je soussigné(e) Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

- Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit prioritairement ?

VACCINATIONS :

Fournir obligatoirement la photocopie des vaccinations se trouvant dans le carnet de santé.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

2

MALADIES INFANTILES :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Rubéole	Angine	Varicelle	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui									
non									

TRAITEMENT et/ou ALLERGIES

- **L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI / NON**

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- **Allergies :**

Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler) :

* Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre :

*Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ? Précisez :

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Si votre enfant à plus de 6 ans, est-il autorisé à rentrer seul ? OUI NON



AUTORISATION PARENTALE

Droit à l'image :

« Toute personne à, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation »

J'autorise / Je n'autorise pas ... la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées par le centre de loisirs à des fins d'illustrations dans ses différents supports de communication : site internet, journaux ...

Je m'engage :

- à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- à prévenir le centre de tout désistement la veille du jour concerné avant 12h, sinon je m'engage à régler la somme due sauf sur présentation d'un certificat médical.
- à mettre à mon enfant des vêtements adaptés aux activités proposées (baskets, chapeau...) marqués au nom de l'enfant.

J'autorise l'enfant :

- à participer aux activités organisées par l'association (transport y compris) OUI; NON
- à voyager en voiture individuelle et par moyen de transport collectif OUI; NON
- à se baigner (l'enfant sait-il nager?) OUI; NON

Je soussigné(e)déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**Date et Signature du responsable
Précédées de la mention «lu et approuvé »**

