



CENTRE SOCIO-CULTUREL JEAN-PAUL COSTE

Ministère de la Jeunesse et des sports

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACM Marcel PAGNOL

ACM LES FLORALIES

L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

CLASSE FREQUENTEE : ECOLE FREQUENTEE :

Photo

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

PERE

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE :

.....

EMAIL :

.....

MERE

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE :

.....

EMAIL :

.....

Nom et N° du médecin traitant :

N° Allocataire CAF :

Nom et N° de la Police d'Assurance pour les activités extrascolaires :

.....

Nous vous conseillons fortement d'en souscrire un si ce n'est pas le cas à ce jour

▪ RECOMMANDATION UTILE DU CENTRE :

L'assurance de notre association ne couvre pas les pertes et vols des effets personnels de votre enfant pendant le temps d'accueil au centre de loisir. Nous vous recommandons de prendre contact avec votre assurance pour souscrire une telle assurance (perte et vol d'objet personnel pendant les temps extra et périscolaire

▪ VACCINATION : (SE REFERER AU CARNET DE SANTE)

FURNIR UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION

▪ RECOMMANDATION(S) UTILE(S) DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, etc... :

.....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant la date et les précautions à prendre :

.....

.....

▪ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

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

Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice – ATTENTION : Seul les médicaments sans étiquettes rouges sont autorisés).

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

MALADIES	Oui	Non
ROUGEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
OTITE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		

▪ **L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES ?**

ALLERGIES	Oui	Non
ASTHME		
ALIMENTAIRE		
MEDICAMENTEUSE		
AUTRES		

▪ **REPAS :** CLASSIQUE SANS PORC VEGETARIEN PAI

▪ **DECLARATION DES PARENTS :**

Je soussigné(e)
 responsable légal de l'enfant
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- Déclare avoir pris connaissance de règlement intérieur de l'ACM et m'engage à en respecter les conditions. (*Document téléchargeable sur notre site internet*)
- M'engage à faire enregistrer personnellement l'arrivée et le départ de mon enfant au Centre Socio-Culturel ou à défaut déléguer :

-
-
-
-

- Autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens Oui Non
- Autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et aux sorties organisées par le Centre Socio Culturel
- Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de première urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.
- Autorise le centre Jean-Paul Coste à vérifier et à conserver mon quotient familial via l'application CAFPRO
- Autorise le **DROIT A L'IMAGE**, à titre gratuit, le Centre Socio-Culturel à :
 - Photographier ou filmer sur support analogique et/ou numérique
 - Utiliser ces supports pour la promotion, les communications du Centre en internet et en externe
 - Reproduire ou diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusion (voie hertzienne, câble, satellite), par réseau numériques interactifs ou non, tel qu'internet, par reproduction sur vidéogramme (DVD, VHS, CD-ROM...), par support imprimable (presse écrite, livre pédagogique...)

Je déclare abandonner, sans contrepartie au Centre Socio-Culturel les droits d'exploitation ainsi que tous droits à l'image s'y rattachant.

DATE :

SIGNATURE :