



CENTRE SOCIO-CULTUREL JEAN-PAUL COSTE

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'enfant :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

CLASSE FREQUENTEE :

ECOLE FREQUENTEE :

PHOTO

Responsable de l'enfant :

NomPrénom.....

Adresse (pendant le séjour)

.....
.....
.....

Tél : Mail :

Dom.....Port...../.....

Bureau/...../.....

Nom et tél du médecin traitant :

Numéro allocataire CAF :

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

.....

Nous vous conseillons fortement d'en souscrire 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 du centre aéré. 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 périscolaires).

▪ **VACCINATIONS** : (SE REFERER AU CARNET DE SANTE)

FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION.

• **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc.).....

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

• **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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** : Les seuls les médicaments sans étiquettes rouges sont autorisés).

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non		

ALLERGIES : **ASTHME** OUI NON

MEDICAMENTEUSE OUI NON

ALIMENTAIRE OUI NON

AUTRES :

REPAS : REPAS CLASSIQUE REPAS SANS PORC REPAS VEGETARIEN P.A.I

DECLARATION DES PARENTS :

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

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et m'engage à en respecter les conditions.
- M'engage à faire enregistrer personnellement l'arrivée et le départ de mon enfant au Centre Socio-Culturel ou à défaut déléguer Madame ou Monsieur
- Autorise l'équipe du centre Jean-Paul Coste à récupérer mon enfant le mercredi dès 11h30 : Oui Non à l'école
- Autorise mon enfant à rentrer par ces 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 pour 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 interne et en externe.
 - Reproduire ou diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusion (voie hertzienne, câble, satellite), par réseaux 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 contre partie au Centre Socio-Culturel les droits d'exploitation ainsi que tous droits à l'image s'y rapportant.

DATE :

SIGNATURE :