



Nom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Prénom : .....

**PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT**

Responsable légal 1		Responsable légal 2	
Nom/Prénom :		Nom/Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Mail :		Mail :	
Téléphone fixe :		Téléphone fixe :	
Portable :		Portable :	

**RENSEIGNEMENT FAMILLE**

N° de CAF ou MSA : ..... Quotient Familial : .....

**AUTORISATION DE SORTIE**

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant: (la carte d'identité peut vous être demandée)

Nom-Prénom : ..... Tél. : .....

Nom-Prénom : ..... Tél. : .....

Nom-Prénom : ..... Tél. : .....

J'autorise mon enfant à rentrer seul :  OUI  NON

**CONTRE-INDICATION**

Alimentaire :

Sans Viande  Autres : .....

Médicale :

Allergie : .....  Autres : .....

Je soussigné(e)..... certifie que mon enfant est autorisé à participer aux activités et animations dans le cadre de l'accueil de loisirs.

\* Je m'engage à réactualiser les informations par écrit : changement de coordonnées, informations médicales, autorisation de sortie.

\* Je reconnais avoir été informé(e) que mon(mes) enfant(s) sera(seront) placé(s) sous mon entière responsabilité à compter de l'heure de départ ou de la remise à l'une des personnes majeures autorisées et que la responsabilité du CLEM ne pourra en aucun cas être engagée dès lors que les parents autorisent leur(s) enfant(s) à rentrer seul(s).

\* Nous accordons mutuellement le droit d'inscrire l'(les) enfant(s) mentionné(s) ci-dessus et de venir le (les) chercher sur le centre même.

\* Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de L'Accueil de Loisirs et l'accepte.

DROIT à l'IMAGE : J'autorise les adultes professionnels de la structure à mettre en oeuvre la publication ou la diffusion (Internet ou support papier) de la réalisation de l'image, des photos, livres de droits, du mineur dont j'ai la charge.

\* Je m'engage à signaler au Directeur de l'accueil toute absence imprévue de mon enfant.

A....., le .....

Signature:

**CONTACT** : Alexandra FRELAND  
Directrice du centre de loisirs de Charnay  
07.88.97.39.04.

## Fiche sanitaire de liaison

\* information obligatoire

### 3. RENSEIGNEMENTS

**N° de Sécurité Sociale de l'enfant :**

Vaccination obligatoire\*      **DT Polio**     Oui<sup>(1)</sup>     Non<sup>(2)</sup>    Nom du vaccin :  
Date du dernier rappel :

**(1) Joindre obligatoirement la photocopie du carnet de santé où figure le DT Polio**

**(2) Joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication à la vaccination.**

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies ou maladies suivantes\* ?

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Allergies médicamenteuses              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Autres allergies (animaux, pollen,...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, préciser la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir (si automédication le signaler)** :

L'enfant présente-t-il **un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?     Oui     Non

Si oui, lesquels :

L'enfant a-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire et/ou auditif ?                       Oui     Non

Si oui, lesquels :

### 4. MODALITES ADMINISTRATIVES/VALIDATION

J'ai noté que, si l'enfant suit un traitement médical lors des différentes activités, je dois joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à :  
légal(aux)

Le

Signature(s) du ou des responsable(s)