

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**MEDECINS TRAITANT :**

Docteur : ..... Tel : .....  
Adresse : .....

**VACCINS :**

Joindre la photocopie des vaccins à jour

**DIFFICULTES DE SANTE :**

Indiquez ci après les difficultés (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation ) en précisant les dates et précautions à prendre :

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

**RECOMMANDATIONS UTILES :**

Indiquez ci après si votre enfant portes des lunettes, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

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

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Rappel : si l'enfant suit un traitement, il ne pourra en aucun cas lui être administré les médicaments nécessaires sans ordonnance.

ALLERGIES :  OUI  NON

ALIMENTAIRES :  OUI  NON

MEDICAMENTEUSES :  OUI  NON

AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Si PAI le signaler et fournir les démarches à suivre.



- \*  ALSH Puy guillaume 3-11 ans  
2 place Jean Moulin  
63290 PUY-GUILLAUME
- ALSH Thiers 3 - 11 ans  
Rue Emile Zola  
63300 THIERS
- ALSH La SOURCE 3-11 ans  
Le tour du Pied  
63250 ARCONSANT
- ALSH La Mommerie 3-11 ans  
3 rue de l'Eglise  
63650 LA MONNEIRE LE MONTEL
- ALSH Aubusson 3-11 ans  
Maison du Lac  
63120 AUBUSSON D'AUVERGNE

\* cocher le centre d'inscription

**ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....  
Né(e) le : .....  
Sexe : .....

**FAMILLE**

Adresse : ..... Téléphone 1 : .....  
..... Téléphone 2 : .....  
..... Email : .....  
Zone :  CCTDM  HORS CCTDM Régime :  CAF  MSA  AUTRES  
Situation familiale : ..... N° d'allocataire\* : .....  
Assurance \* : ..... \* renseignement obligatoire sinon le tarif maximum sera appliqué.

\* joindre automatiquement l'attestation

**Responsable 1**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
Adresse : .....  
TEL DOMICILE : .....  
TEL PORTABLE : .....  
TEL TRAVAIL : .....  
AUTORITE PARENTALE :  OUI  NON

**Responsable 2**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
Adresse : .....  
TEL DOMICILE : .....  
TEL PORTABLE : .....  
TEL TRAVAIL : .....  
AUTORITE PARENTALE :  OUI  NON

### CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur, .....  
 autorise(nt) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure .

A ...../...../.....  
 Signature des parents

Nom - Prénom	Adresse	Téléphone	Lien

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur ..... autorise  
 (nt) les personnes citées ci-dessous à être prévenues en cas d'urgence .

A ...../...../.....  
 Signature des parents

Nom - Prénom	Adresse	Téléphone	Lien

### AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAF

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur, .....  
 autorise(nt) la direction à consulter notre dossier d'allocataire, afin d'accéder directement au quotient familial  
 pour la prise en compte du tarif à appliquer.

A ...../...../.....  
 Signature des parents

### AUTORISATION PHOTOGRAPHIER / FILMER

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur, .....  
 autorise(nt) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- la structure elle-même (journal interne, activités...)..
- le service de communication de la Communauté de Commune Thiers Dore et Montagne.
- la presse.
- le site internet et/ou autres supports informatiques (réseaux sociaux de la CCTDM...) de la structure.
- les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage.

A ...../...../.....  
 Signature des parents

\* Rayer les mentions non autorisées.

### AUTORISATIONS AUX SOINS

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur, ..... déclare exact les  
 renseignements portés sur la fiche sanitaire est :

- autorise(nt) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.
- autorise(nt) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant.
- demande(nt) au personnel de la structure , en cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance que j'aurais fournie.
- demande(nt) d'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité.

A ...../...../.....  
 Signature des parents

\* Rayer les mentions non autorisées.

### AUTORISATIONS DIVERS

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur, .....  
 - autorise(nt) mon enfant à rentrer seul(e)

- autorise(nt) mon enfant à être maillé(e)
- certifie(nt) son aptitude à la nage et je joins l'attestation d'aptitude à savoir nager (25m ou 50m)

A ...../...../.....  
 Signature des parents

\* Rayer les mentions non autorisées.

### ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné (e) , Madame, Monsieur, .....  
 avoir pris connaissance du règlement intérieur.

A ...../...../.....  
 Signature des parents