



ifac.asso.fr



**Fiche sanitaire de liaison
Accueil périscolaire
Viesly
Année scolaire 2023-2024**

1/ Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Garçon Fille

Numéro de Sécurité Sociale :

2/ Responsable légal : Situation familiale : Marié(e) - Séparé(e) - Concubinage - Veuf(ve)

Si séparation : résidence de l'enfant chez : la mère - le père

Mère : Nom - prénom :

Adresse :

Tél perso :

E-mail :

Profession :

Tél travail :

Père : Nom - prénom :

Adresse :

Tél perso :

E-mail :

Profession :

Tél travail :

Régime : CAF / MSA / Autres

Numéro allocataire :

Si famille d'accueil : Nom - prénom :

Adresse :

Tél perso :

E-mail :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION : ASS VACC QF :

3/ Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant est-il à jour des vaccinations obligatoires (*diphtérie, tétanos, poliomyélite, DT polio, tétacoq, Hépatite B, ROR, coqueluche, BCG*) ?

Si oui : fournir la copie du carnet de vaccination.

Si non : fournir un certificat médical de contre-indication. **Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical ? Non

Si oui : un PAI devra être établi et signé pour officialiser la procédure

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

L'enfant a-t-il des allergies :

ASTHME	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

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

L'enfant suit-il un régime alimentaire : Non

Si oui lequel :

Difficultés de santé (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents (*votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...*)

Médecin traitant :

Nom :

Téléphone :

4/ Renseignements complémentaires

En cas d'absence ou d'indisponibilité de votre part, merci de préciser ci-dessous les personnes autorisées à récupérer votre enfant et/ou à contacter en cas d'urgence :

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de famille	* Autoriser à récupérer l'enfant	* A contacter en cas d'urgence

* Cocher la ou les cases correspondant à votre choix

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Nom Prénom.....

Responsable légal de l'enfant

autorise mon enfant :

- à participer à toutes les activités organisées
- à participer aux activités impliquant des déplacements à pied
- à participer aux activités impliquant des déplacements en bus
- à repartir seul à la maison
- à être photographié ou filmé dans le cadre des activités
- donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit.

Ces photographies et/ou vidéo ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale. Elles serviront à illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web de l'IFAC, page facebook, vidéo, etc...)

Nombre de cases cochées :

Je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit.

Je m'engage à joindre à ce dossier :

- La copie du carnet de vaccination
- L'attestation d'assurance « responsabilité civile »
- L'attestation CAF ou MSA indiquant le Quotient Familial (**sinon le tarif maximum sera appliqué**)

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du responsable de la structure.

J'autorise le responsable de la structure à prendre pour mon enfant, toute disposition nécessaire en cas d'urgence, notamment l'hospitalisation si l'état de santé le nécessite.

Je m'engage en outre à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques qui pourraient être engagés pour les soins à apporter à mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Conformément au nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), j'autorise l'organisateur et l'Ifac à effectuer un traitement informatique des données personnelles de cette fiche de collecte aux seules fins de la bonne exécution du service de l'ACM.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal