

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET AUTORISATIONS PARENTALES 2023-2024

### IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse complète .....

### IDENTITÉ DES RESPONSABLES LÉGAUX

#### Responsable 1

Nom ..... Prénom .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Téléphone : .....

#### Responsable 2

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Téléphone : .....

### Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom	Prénom	Téléphone
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Nom et n° téléphone du médecin traitant : .....

### Autorisations et règlement (cocher les cases)

J'autorise la diffusion de photos et de vidéos de mon enfants (presse, internet...)

Oui Non

J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre des activités de l'association

J'autorise mon enfant à quitter seul les ateliers et l'accueil jeunesse

J'autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par l'association par le

biais des transports collectifs ou par les mini bus de l'association

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, joindre une ordonnance

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance médicale.

**VACCINATION**

Mon enfant est à jour de ses vaccinations  Oui  Non

*Joindre la photocopie du carnet de vaccination*

**ALLERGIES**

Alimentaire  Oui  Non

Médicamenteuse  Oui  Non

Autre (animaux, plante, pollen)  Oui  Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**SANTÉ** : Indiquer les difficultés de santé particulières nécessitant des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, appareillage, opération, rééducation...)

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire... :

.....  
.....

Monsieur ou Madame .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'association à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation etc.) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature(s) :

**CENTRE SOCIAL AQUARELLE**  
**SECTEUR JEUNESSE**

