

COMMUNE DE SAINT MARTIN DE CRAU

Pour tous renseignements.

IFAC : 04.90.47.95.55/06.58.70.12.57 contact.saintmartindecrau@dso.ifac.asso.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LA FAMILLE :

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les activités de votre enfant.

Renseignements Concernant l'Enfant :

Nom et Prénom : Sexe :

Date de Naissance : Age : Lieu de Naissance :

Classe Fréquentée : Ecole :

Mail principal en MAJUSCULES :

.....@.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Personne à facturer :

Nom : Prénom :

Domicilié :

CP : Ville :

Profession : Employeur :

Tel Mobile : Tel Domicile : Tel Bureau :

Mail :

Autre :

Nom : Prénom :

Domicilié :

CP : Ville :

Profession : Employeur :

Tel Mobile : Tel Domicile : Tel Bureau :

Mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

N° de Sécurité Sociale :

Régime Maritime MSA, EDF, SNCF, RATP Général ; n° allocataire CAF :

- Sait-il nager ? oui non

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en présentant une pièce d'identité :

Nom : ☎ :

Nom : ☎ :

Nom : ☎ :

VACCINATION :

Fournir la photocopie du carnet de santé (pages des vaccins)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

Injection de sérum : Nature : Dates :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT									
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?:									
RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISME		SCARLATINE	
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

Problème de santé (accident, maladie, allergie, rééducation, contre-indication à des activités) :

.....

Régime alimentaire spécifique : sans porc sans viande autre

Un projet d'Accueil Individualisé doit-il être mis en place pour votre enfant ?

non oui

Si OUI contactez notre service afin que l'on vous transmette le dossier PAI qui devra être à jour le 1^{er} jour d'accueil de votre enfant.

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? Si oui, merci de fournir un justificatif.

Médecin traitant : Numéro :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) agissant en qualité de

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'IFAC.
- Autorise le Directeur du centre, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention jugée utile par le corps médical.
- Je m'engage à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.

AUTORISATION PHOTO :

Dans le cadre des activités que nous organisons avec votre enfant, nous pouvons être conduits à réaliser quelques photographies, individuelles et de groupe, pour alimenter nos archives et agrémenter certains documents de communication du centre de loisirs. L'image de votre enfant est donc susceptible de paraître dans ses documents (presse, plaquette d'info, autres bulletins et expositions photos)

Vous n'autorisez pas la diffusion de l'image de votre enfant

AUTORISATION A RENTRER SEUL :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile (cocher les jours autorisés) :

lundi mardi mercredi jeudi vendredi

J'atteste avoir lu le règlement, fait à Saint Martin de Crau

Le

Signature