

PERSONNES AUTORISÉES A CHERCHER L'ENFANT

NOM – PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	ADRESSE	TELEPHONE

Autorisation de rentrer seul après le périscolaire soir / accueil de loisirs OUI NON

Heure de départ si l'enfant rentre seul :

Autorisation de prendre notre enfant en photo en respectant sa personne OUI NON

et conformément aux lois en vigueur.

Autorisation de diffuser la/les photo(s) sur nos différents supports de communication : OUI NON

« Toutes les données que vous nous confiez sur ce formulaire, sont soumises au règlement général sur la protection des données (RGPD) »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour accueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pour l'accueil de l'enfant.

1. VACCINATIONS :

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant (**joindre les copies**).

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

3. ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
ALIMENTAIRE oui non AUTRES :

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

4. DIVERS (port de lunettes, lentilles, prothèse, accident, hospitalisation, maladies...) :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des activités 2021/2022 et m'engage à en accepter les termes et les respecter.

« Notre structure est soutenue financièrement par les communes de Pfastatt, Richwiller, Lutterbach, la Caf et le Conseil départemental du Haut-Rhin »

Signature :

Fait à : _____ le : ____/____/20____