

Temps d'Activités Périscolaires VERNOSC LES ANNONAY

Fiche de liaison et sanitaire 2016/2017

Enfant

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

Situation de famille :

Célibataire Marié(e)s Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e)

Parent 1 Madame Monsieur

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile :..... Tél. portable :.....

Tél. Professionnel:..... Mail :

Profession :Employeur:

Parent 2 Madame Monsieur

Nom:..... Prénom:..... Date de naissance :.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile :..... Tél. portable :.....

Tél. Professionnel:..... Mail :

Profession :Employeur:

Régime du responsable :

Régime général Autres (préciser) :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécurité :

N° allocataire CAF : QUOTIENT CAF :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

* Nom du médecin traitant :
 Adresse : Tél:



Je soussigné(e) autorise le coordinateur des TAP à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

- Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit prioritairement ?
-

VACCINATIONS :

Fournir obligatoirement la photocopie des vaccinations se trouvant dans le carnet de santé.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

MALADIES INFANTILES

	Rubéole	Angine	Varicelle	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui									
non									

TRAITEMENT et/ou ALLERGIES

* 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 marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

*Allergies :

- Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler) :

.....

.....

* Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre :

.....

.....

*Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ?
 Précisez :

.....

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise l'enfant :

- à participer aux activités organisées par l'association (transport y compris) OUI NON
- à être photographié ou filmé afin d'illustrer des supports de communication et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale. OUI NON
- à se baigner OUI NON -l'enfant sait il nager? OUI NON

Je soussigné(e)déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**Date et Signature du responsable
 Précédées de la mention «lu et approuvé»**