

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, ....., responsable de l'enfant .....

- autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toute mesure urgente nécessitée par l'état de santé de mon enfant :

OUI  NON

- autorise mon enfant à rentrer seul en fin d'activité le soir à partir de 17h30:

OUI  NON

- autorise Mr ou Mme ..... à venir chercher mon enfant (en cas d'impossibilité des parents)

- autorise la ville de Riorges à utiliser l'image de mon enfant pour la diffusion de documents (plaquettes d'activités, presse, Site Internet ...):

OUI  NON

- autorise mon enfant à être transporté pour se rendre sur les lieux d'activités :

OUI  NON

Date : ..... Signature :

## TEMPO

**Riorges**  
LA VILLE NATURE

Date

adhésion : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Sexe : ..... Date Naissance : .....

RESPONSABLE : (père, mère, tuteur)

PERE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

MERE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Tél (domicile) : .....

Tél (travail) : .....

Tél (portable) : .....

E-mail : .....

Tél (domicile) : .....

Tél (travail) : .....

Tél (portable) : .....

E-mail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Profession : .....

Employeur : .....

N°SS : ..... Nbre d'enfants à charge : .....  
Mutuelle : .....

Régime de couverture sociale : à cocher

Sécurité sociale

MSA

Autres à préciser



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020

NOM: \_\_\_\_\_
PRÉNOM: \_\_\_\_\_
DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_
GARÇON [ ] FILLE [ ]

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, and Ou DT polio Ou Tétracoq.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention: le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 déjà eu les maladies suivantes ?

Table with 4 columns: RUBEOLE, VARICELLE, ANGINE, SCARLATINE; COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Allergies: ASTHME oui [ ] non [ ] ALIMENTAIRES oui [ ] non [ ] MÉDICAMENTEUSES oui [ ] non [ ] AUTRES \_\_\_\_\_

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

En cas de régime alimentaire, précisez :

[ ] SANS VIANDE [ ] SANS PORC

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, 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 lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER [ ] SE DEBROUILLER [ ] NE SAIT PAS NAGER [ ]

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_
ADRESSE \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

Père : domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_