



## Dates et lieu du séjour/ de l'accueil :

<b>Fiche sanitaire de liaison</b>	1- <u>L'enfant</u> :
	Nom : _____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	Prénom _____
	Date de naissance ____/____/____
	Adresse : _____ _____

### 2- Vaccinations

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
<b>Ou</b> DT polio			
<b>Ou</b> Tétracoq			
BCG			

Merci de joindre impérativement  
**une copie du carnet de  
vaccinations** de votre enfant

### 3- Renseignements médicaux concernant l'enfant

Votre enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour :  OUI  NON

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_  
à quelle fréquence : \_\_\_\_\_

Merci de joindre impérativement **la copie de l'ordonnance** avec les boites de médicaments notées au nom de l'enfant. Aucuns médicaments, même homéopathiques, ne pourra être donné sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIE : Alimentaire  OUI  NON : \_\_\_\_\_ Asthme  OUI  NON

Médicamenteuse :  OUI  NON : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Hors allergies, souhaitez-vous qu'il suive un **régime alimentaire particulier**, si oui le quel:

\_\_\_\_\_

Cause et conduite à tenir en cas d'allergie (joindre un protocole si vous en avez un) :

---

---

---

Votre enfant a-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération,...)? Précisez les dates et les éventuelles précautions à prendre suite à cela :

---

---

---

#### 4- Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèse auditive ou dentaire, est-elle réglée si c'est une fille, autres informations que vous souhaitez transmettre ... ? :

---

---

#### 5- Responsable de l'enfant

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

---

Tel : \_\_\_\_\_

Nom + téléphone du médecin traitant de l'enfant : \_\_\_\_\_

Je soussigné, ..... 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.

Je pense à joindre en plus de cette fiche sanitaire :

- une **copie des vaccins** à jour de mon enfant
- **l'attestation de droit à l'assurance maladie** (compte ameli)
- **l'ordonnance** si il est sous traitement

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :



---

## AUTORISATION PARENTALE

---

Je soussigné(e) .....

responsable de(s) (l')enfant(s)

.....  
.....

J'autorise mon (mes) enfants(s) à participer à toutes les activités, y compris les baignades et les sorties organisées (transports compris) dans les accueils organisés par l'association Form'ao.

Mon (mes) enfant(s):

sait (savent) nager

ne sait (ne savent) pas nager.

---

## DROIT À L'IMAGE

---

Dans le cadre des activités, l'équipe pédagogique et le directeur seront amenés à prendre des photos ou tourner des vidéos avec les enfants.

J'autorise l'équipe pédagogique et l'association Form'AO à prendre et éventuellement à diffuser des photos/vidéos de mon(mes) enfant(s) sur le site ou les réseaux sociaux officiels de l'association uniquement ou sur d'éventuels outils publicitaires (flyer,...).

Pour vous opposer au droit à l'image, merci de le préciser par écrit

---

## REGLEMENT INTERIEUR ET CONDITIONS GENERALES

---

En signant cette attestation, j'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil/ du séjour ou sera mon enfant et je m'engage à en respecter les modalités. (concerne surtout l'ALSH de Sainte croix en plaine).

En signant cette attestation, je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et d'annulation Form'AO et les accepter dans leur intégralité.

En signant cette attestation, j'autorise le directeur du séjour à faire soigner mon (ou mes enfants) et à procéder à toute intervention d'urgence selon les prescriptions du médecin consulté. Je m'engage à rembourser le montant des frais qui pourraient être engagés.

---

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT**

---

(à la fin de chaque journée ou à la fin du séjour en fonction de l'accueil en question)

**A. Enfants de plus de 6 ans**

J'autorise mon (mes) enfant(s) à rentrer seul(e)(s) à mon domicile et je dégage l'Association Form'AO de toute responsabilité en cas d'accident survenant au cours du trajet.

Je n'autorise pas mon (mes) enfant(s) à rentrer seul(e)(s) à mon domicile et je m'engage à venir le(s) chercher.

**B. Enfants de moins de 6 ans**

Les enfants de moins de 6 ans doivent obligatoirement être cherchés aux heures de sorties.

**C. En cas d'empêchement**

En cas d'empêchement, j'autorise les personnes suivantes à chercher mon (mes) enfant(s) :

NOM	PRENOM	TELEPHONE

Il est rappelé qu'aucune autre personne, en dehors des responsables légaux et des personnes mentionnées, ne pourra venir chercher l'enfant. Nous sommes susceptibles de demander une pièce d'identité à la personne qui viendra chercher l'enfant.

Fait à ..... , le ...../...../.....

**Signature :**