

❖ **AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je soussigné(e)

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'espace enfance jeunesse (physique et sportive, manuelle, d'expression...) : **oui** **non**

- Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : **oui** **non**
 - nageur avec brevet de natation (fournir le brevet)
 - nageur sans brevet de natation
 - non nageur

- Autorise le transport de mon enfant en véhicule de service et car de location : **oui** **non**

- Autorise le directeur du centre, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention jugée utile par le corps médical : **oui** **non**

- Autorise le directeur du centre à administrer en cas de chute des granules ou crème d'arnica (homéopathie) :
oui **non**

- Autorise le directeur du centre à administrer un antipyrétique en cas de maux de tête/fièvre (paracétamol sachet de 200 mg ; cette présentation est réservée à l'enfant de 11 à 38 kg (soit environ de 18 mois à 13 ans)) :
oui **non**

- Autorise que l'on prenne mon enfant en photo lors des activités pour les afficher dans le centre de loisirs :
oui **non**

- Autorise que l'on diffuse ces photos sur :
 - le facebook de l'espace enfance jeunesse privé (Nom du facebook : Centredeloisirs Sennecey ou Club'ados sennecey-le-grand)
 - le site de la communauté de communes Entre Saône et Grosne
 - dans une revue de presse

- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter :
oui **non**

Fait le à

Signature des parents

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

❖ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

➤ MEDECIN TRAITANT : TEL :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour :

OUI **NON**

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

(Boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

➤ ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSE : **OUI** : **NON**

ASTHME : **OUI** **NON**

ALIMENTAIRE : **OUI** : **NON**

AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....
.....

➤ P.A.I (projet d'accueil individualisé) EN COURS : **OUI** **NON**

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....

➤ DIFFICULTÉS DE SANTÉ OU APPAREILLAGE (lunette, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...)

EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

.....
.....
.....

➤ VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

Fait le à Signature des parents