FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de l'accueil de l'enfant.

2 - L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

☐ Garçon ☐ Fille Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / .....

Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? ☐ Oui ☐ Non

3 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom : .....
Prénom : .....

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-père ☐ Belle-mère
☐ Autres (précisez) : .....

Situation familiale : ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Divorcé
☐ Concubin ☐ Célibataire

Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Téléphone professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Email : .....
Profession : .....
Employeur : .....
Organisme tiers N°CAF : .....
N°MSA : .....

4 - RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

Nom : .....
Prénom : .....

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-père ☐ Belle-mère
☐ Autres (précisez) : .....

Situation familiale : ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Divorcé
☐ Concubin ☐ Célibataire

Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Téléphone professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Email : .....
Profession : .....
Employeur : .....
Organisme tiers N°CAF : .....
N°MSA : .....

5 - EN CAS D'URGENCE : LES PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISÉES À VENIR L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....
Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-père ☐ Belle-mère ☐ Autres (précisez) : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom : ..... Prénom : .....
Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-père ☐ Belle-mère ☐ Autres (précisez) : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

6 - AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), ... agissant en qualité de ..... de ..... exerçant l'autorité parentale,

COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS POUR VALIDATION :

☐ certifie avoir pris connaissance et accepter sans réserve les conditions générales de service de l'ARPEJ-Rezé,

☐ déclare être informé(e) du fait que les informations recueillies sont nécessaires à la prise en charge de mon enfant au sein des activités de l'ARPEJ-Rezé et qu'en application de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéfice d'un droit d'accès de rectification et de suppression des informations transmises,

☐ certifie que tous les renseignements communiqués dans cette fiche ainsi que sur BL enfance sont exacts. Je m'engage à signaler toute modification survenant en cours de l'année. En outre, je suis informé que toute fausse déclaration est susceptible d'être puni d'une peine d'emprisonnement et d'une peine d'amende conformément aux dispositions des articles L4411-1 et suivants du code pénal. Je suis informé de mon droit d'accès, de rectification et de suppression des informations transmises.

☐ autorise l'ARPEJ-Rezé à m'adresser un courrier postal et/ou éléctronique des informations sur les activités de l'ARPEJ-Rezé et déclare être informé du fait que ces données feront l'objet d'unn traitement informatique.

☐ déclare que mon enfant peut suivre toutes les activités proposées, qu'elles soient organisées par l'ARPEJ-Rezé ou confiées à d'autres prestataires, y compris les activités sportives.

☐ autorise le responsable de l'activité à prendre dans le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirugicales, anesthésies, sorties de l'hôpital) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

☐ autorise l'ARPEJ-Rezé à reproduire, diffuser, publier et représenter, sans limitation de durée et titre gratuit, les images fixes ou animées ainsi que les sons réalisés dans le cadre des activités de mon enfant sur les supports suivants :

1. brochures, tracts, journaux, affiches édités par l'ARPEJ-Rezé ☐ Oui ☐ Non
2. site internet et réseaux sociaux de l'ARPEJ-Rezé ☐ Oui ☐ Non

Fait à : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :

7 - ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT

Demande de PAI (protocole d'accueil individualisé) ☐ Oui ☐ Non
PAI validé pour l'année scolaire ☐ Oui ☐ Non
L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH : ☐ Oui ☐ Non
Date de fin de droit : ..... / ..... / ..... Est-il accompagné pour son handicap ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez la nature de son accompagnement : .....
(une référente de l'ARPEJ-Rezé prendra contact avec vous)

8 - VACCINATIONS :

Joindre la copie des vaccins du carnet de santé de l'enfant.

VACCIN OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
DT polio ou Tétracoq			..... / ..... / .....

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

9 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant de l'enfant (facultatif) : .....
Numéro du médecin traitant : ..... / ..... /..... / ..... / ..... Numéro sécurité sociale : .... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

LA SANTÉ DE L'ENFANT :

ASTHME ☐ Oui ☐ Non

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES :

ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non	MÉDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
AUTRES (animaux, plantes, pollen...) ☐ Oui ☐ Non	Précisez la nature : ....

Précisez et indiquez la cause de l'allergie, la conduite à tenir (si automédication, le signaler), les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) :
.....
.....
.....

10 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT ? ☐ Oui ☐ Non

REPAS SANS PORC	REPAS VÉGÉTARIEN (sans poisson)
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES ? ☐ Oui ☐ Non | **LENTILLES DE CONTACT ?** ☐ Oui ☐ Non

PORTEUR D'APPAREIL SPÉCIFIQUE ? ☐ Oui ☐ Non

APPAREIL DENTAIRE	APPAREIL AUDITIF	APPAREIL AUDITIF AÉRATEUR
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ Oui ☐ Non | LA JEUNE FILLE EST-ELLE REGLÉE ? ☐ Oui ☐ Non

AUTRES RECOMMANDATIONS : .....