



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024



## Famille

RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
Nom - Prénom :	Nom – Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
CP – Ville :	CP – Ville :
Adresse mail :	Adresse mail :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel Portable :	Tel Portable :
Tel Professionnel :	Tel Professionnel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :

## Enfant utilisateur des services

Nom - Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° téléphone	

## Renseignement médicaux

Médecin traitant Téléphone	
Mutuelle N° contrat	
Allergie alimentaire ou autre indication <i>Si oui, précisez :</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre Allergies <i>Si oui, précisez :</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes	<input type="checkbox"/> RUBEOLE <input type="checkbox"/> VARICELLE <input type="checkbox"/> RHUMATISME ARTICULATION AIGU <input type="checkbox"/> SCARLATINE OTITE <input type="checkbox"/> ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OREILLONS
Autres problèmes de santé éventuels (PAI,...)	
Les vaccins de mon enfant sont à jour	<b><u>FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DE TOUS LES VACCINS</u></b>

### Situation Familiale

Concubin       PACS       Marié       Séparé      Garde alternée : oui ou non

### Régime Allocataire **OBLIGATOIRE**

CAF de Maine et Loire       Autre CAF       MSA Maine et Loire       Autre MSA

N° allocataire .....      Quotient familial .....      **FURNIR JUSTIFICATIF**

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom – Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

### Personnes à contacter en cas d'urgence

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom - Prénom			
Téléphone			

### Autorisations

A participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs à l'intérieur et extérieur de la structure	Oui	Non
A ce que mon enfant soit transporté en véhicule pour les sorties	Oui	Non
La diffusion d'images de mon enfant (site internet, bulletin municipal, animations, presse, réseaux sociaux)	Oui	Non
A ce que mon enfant parte seul de la structure	Oui	Non
A ce que mon enfant parte avec un mineur de la structure	Oui	Non
Informe que mon enfant sait nager	Oui	Non
A ce que mon enfant sorte de l'enceinte de l'ALSH pour participer au Club-Junior	Oui	Non
A ce que l'animateur puisse faire sortir mon enfant de l'hôpital en cas d'hospitalisation N° en cas d'urgence :	Oui	Non

Seules les personnes habilitées de l'association Vivado auront accès à vos données. Elles ne seront ni données ni vendues. Conformément à la loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez avoir accès et rectifier les informations qui vous concernent en vous adressant à l'accueil périscolaire ou à l'espace jeunesse.

Fait à.....

Le.....

Signature du tuteur légal ou du parent :