



❖ **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

L'ENFANT

# 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.

(Boîtes 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