



Commune d'Arenthon

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

PAJ

point accueil jeunesse

Enfant : Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
NOM : _____ PRENOM : _____
Né(e) le : _____
Niveau : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Mère : Autorité Parentale : OUI NON
Situation Familiale* : _____

Nom de jeune fille : _____	Profession : _____ Employeur : _____ Téléphone travail : _____ Numéro poste : _____
Nom marital (nom d'usage) : _____	
Prénom : _____	
Adresse : _____	
Commune : _____ Code Postal : _____	
Téléphone domicile : _____ Portable : _____	
Mail : _____	

Père : Autorité Parentale : OUI NON
Situation Familiale* : _____

Nom : _____	Profession : _____ Employeur : _____ Téléphone travail : _____ Numéro poste : _____
Prénom : _____	
Adresse : _____	
Commune : _____ Code Postal : _____	
Téléphone domicile : _____ Portable : _____	
Mail : _____	

Autre : Autorité Parentale : OUI NON
Situation Familiale* : _____

Nom de jeune fille : _____	Profession : _____ Employeur : _____ Téléphone travail : _____ Numéro poste : _____
Nom marital (nom d'usage) : _____	
Prénom : _____	
Adresse : _____	
Commune : _____ Code Postal : _____	
Téléphone domicile : _____ Portable : _____	
Mail : _____	

(*) Situation familiale : Célibataire, Marié(e), Veuf(ve), Divorcé(e), Séparé(e), Concubin(e), Pacsé(e)
En cas de divorce ou de séparation, merci de nous transmettre une copie du jugement.

**PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS
A APPELER EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE**

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

A appeler en cas d'urgence : OUI NON
Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

A appeler en cas d'urgence : OUI NON
Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

A appeler en cas d'urgence : OUI NON
Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON

AUTORISATION

J'autorise mon enfant à partir seul du lieu d'accueil périscolaire. Précisez l'horaire et les jours.

OUI

NON

J'autorise le Service enfance jeunesse et sport, 25 route de Bonneville, 74800 Arenthon, à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant (désigné ci-dessus) :

- Pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage;
- Pour la publication sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom du service enfance jeunesse ;
- Pour la diffusion sur sites internet (ex : site de Arenthon ; blog du PAJ (Point Accueil Jeunesse) ;
- Pour présentation en public lors d'une exposition, diaporama, montage vidéo.

OUI

NON

J'autorise la responsable du service enfance jeunesse ou le responsable du service sport à faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité et/ou à lui faire prodiguer les soins urgents que peut réclamer son état.

OUI

NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS : Merci de nous joindre une copie du carnet de vaccination.

L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Pour tout traitement médical, 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)

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Rougeole Oreillons Coqueluche

ALLERGIES : **Obligation de mettre en place un Protocole d'Accueil individualisé (PAI)**

ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations, port de lunettes, de prothèse, etc...) _____

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Atteste que mon enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile extrascolaire).

M'engage à signaler tout changement (santé, coordonnées, personnes habilitées à récupérer mon enfant. **Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les clauses.**

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :