



Commune d'Arenthon

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019

# PAJ

point accueil jeunesse

<b>Enfant :</b> 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. Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les clauses.**

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :