

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ESPACE ENFANCE JEUNESSE SAISON 2017-2018**

**RENSEIGNEMENTS ENFANT**

Nom et prénom de l'enfant (en majuscule):

.....

Date de naissance : .. / .. / ..

Age .....

Sexe : F / M

**RENSEIGNEMENTS FAMILLE**

Responsable légal de l'enfant :  le père  la mère  les deux

• Nom et prénom du père ( en majuscule) : .....

Tél personnel du père : ..... / Tél professionnel : .....

• Nom et prénom de la mère ( en majuscule) : .....

Tél personnel de la mère : ..... / Tél professionnel : .....

N° de sécurité sociale (sur lequel l'enfant est assuré) : .....

Adresse : ..... Code postal ..... Ville .....

E-mail : .....

Précision du quartier :  3e Ouest (Voltaire /Part Dieu)  3e Est (Montchat / Sans Soucis / Vilette)  
 7e Nord (Guillotière / Jean Macé)  7e Sud (Gerland)

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Divorcé(e)  Veuf  Pacsé(e)  
 Séparé(e)

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

**Allergies** : Médicamenteuses:  oui  non Asthme :  oui  non  
 Alimentaires :  oui  non autres :  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

**Indiquer les difficultés de santé** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, lunettes, lentilles, appareil dentaire...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

L'enfant doit-il suivre un traitement ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (dans leur boîte d'origine avec la notice et marquée au nom de l'enfant) **Attention** : **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !**

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
OTITE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			

**REGIMES SPECIAUX**

Régime de l'enfant :  Viande  Sans viande

Tournez SVP

## AUTORISATION PARENTALE / DROIT A L'IMAGE

**Je soussigné(e) Mme/M..... :**

- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités de l'Espace Enfance Jeunesse se déroulant à l'intérieur et à l'extérieur de la Maison Pour Tous.

- Autorise la Maison Pour Tous / Salle des Rancy à utiliser à titre gracieux et exclusif, pour sa communication propre (site internet, expositions photos, presse,...), toutes photos ou documents sur lesquels apparaît l'image de mon enfant participant aux activités de l'espace enfance jeunesse.

**J'autorise mon enfant à quitter seul la maison pour tous (à préciser uniquement pour la Passerelle 10-13 ans et l'Escale 13-17 ans).**

### Personnes mandatées par les parents pour récupérer les enfants :

Nous n'autorisons pas que les enfants fassent le trajet seul ; néanmoins votre enfant peut être accompagné par une tierce personne (carte d'identité à présenter obligatoirement)

**Autres personnes autorisées à récupérer mon enfant ( hors responsables légaux ) :**

1/ Nom+Prénom :	Téléphone :
2/ Nom+Prénom :	Téléphone :
3/ Nom+Prénom :	Téléphone :

## RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Nom de l'école fréquentée:.....

Niveau / Classe 2017-2018 :.....

**A.L.S.H. fréquentés 2016-2017 :**

A.L.S.H. Mercredis MPT

A.L.S.H. Mercredis Maison de l'Enfance 3ème Ouest

A.L.S.H. Vacances MPT

A.L.S.H. Vacances Maison de l'Enfance 3ème Ouest

## VACCINATIONS

*Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations .*

NB: Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**Vaccin obligatoire :**

• DT Polio : Date du dernier rappel .. / .. / ..  
( infanrix, pentavac, revaxis, tetravac )

**Nom et téléphone du médecin traitant :** .....

**Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)**

## RENSEIGNEMENTS CAF

Type de caisse :  CAF de Lyon  Autres (précisez): .....

N° allocataire CAF : ..... Quotient familial CAF : .....

## RENSEIGNEMENTS INSCRIPTIONS MERCREDIS ( cadre réservé à l'administration)

**PEDIBUS :**

A.L.S.H. MPT RANCY	
Painlevé élémentaire	<input type="checkbox"/>
Painlevé maternelle	<input type="checkbox"/>
Etienne Dolet	<input type="checkbox"/>
Saint-Exupéry	<input type="checkbox"/>
Mazenod	<input type="checkbox"/>

A.L.S.H. RANCY PART-DIEU	
Léon Jouhaux élémentaire	<input type="checkbox"/>
Léon Jouhaux maternelle	<input type="checkbox"/>
Aimé Césaire élémentaire	<input type="checkbox"/>
Aimé Césaire maternelle	<input type="checkbox"/>

Fait pour servir et faire valoir de droit .

**Fait à Lyon le :** .....

**Signature du responsable légal de l'enfant**