

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ESPACE ENFANCE JEUNESSE SAISON 2018-2019**

ALSH MPT   
ALSH RPD

**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 de la mère (en majuscule) : .....

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

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

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

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

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

le père  la mère

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)

**RENSEIGNEMENTS CAF**

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

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

**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 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 ?

<b>Rubéole</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>Scarlatine</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Varicelle</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>Scarlatine</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>Coqueluche</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Rougeole</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>Oreillons</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

## RÉGIME ALIMENTAIRE

Régime de l'enfant :  Viande       Sans viande       Panier repas (en cas d'allergies)

## 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 du médecin traitant : ..... Tel : .....

**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 SCOLAIRES

Nom de l'école fréquentée:.....  
Niveau / Classe 2018-2019 :.....

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

Si l'enfant est inscrit les mercredis, cochez le pedibus choisi (si besoin)

MPT RANCY 4-13 ans	RANCY PART DIEU 4-13 ans
Ecoles Saint Exupéry, Mazenod	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Groupe scolaire Painlevé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Groupe scolaire Léon Jouhaux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ecole André Philip <input type="checkbox"/>	Ecole Aimé Césaire <input type="checkbox"/>
Ecole Etienne Dolet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Collège Raoul Dufy <input type="checkbox"/>

Fait pour servir et faire valoir de droit .

**Fait à Lyon le** : .....

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