

---

## Fiche sanitaire de liaison

---

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Age : .....  
Adresse et ville : ..... Date de naissance : ...../...../..... Lieu : .....  
.....  Fille  Garçon Repas spéciaux :  Sans viande  
Poids : .....Kg Taille : .....cm

---

### Autorisation

J'autorise mon enfants à venir et repartir seul des activités :  OUI  NON

Si non, liste des personnes autorisées ou non à venir le récupérer (hors père et mère) :

Non autorisée	Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

J'autorise l'association R'Ado à photographier ou filmer mon enfant et autorise l'exploitation de ce(s) image(s) en partie ou en totalité et la reproduction sur les supports suivants : bulletin municipal, support de communication, réseaux sociaux (Facebook, Instagram, YouTube) de l'association et autorise également la diffusion de celle(s)-ci à la presse.  OUI  NON

---

### Fiche parentale

Nom du père : ..... Nom de la mère : .....  
Prénom : ..... Prénom : .....  
Tel. Urgence : ..... Tel. Urgence : .....  
Email : ..... Email : .....

---

### Fiche médical

Allergies :

Alimentaire  Asthme  Médicamenteuses  Autres

Précisions : .....  
.....

Si oui, fournir un Projet d'Accueil Individualisé.

## Projet d'accueil individualisé

(Cerfa à télécharger ou demander à l'association)

Coordonnées du médecin traitant :

Nom - Prénom : .....

Tel : .....

### Traitements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ?       OUI       NON

Si oui, lequel :

.....  
.....

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes des médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

### Vaccination

Vaccin	Fait-le	Dernier rappel	commentaires
DT Polio			Obligatoire

---

## Recommandations utiles des parents

(Port de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés quelconques etc.)

.....  
.....  
.....

---

Je soussigné, ..... déclare exact les renseignements portés sur cette fiche de liaison sanitaire, et je m'engage à informer l'association de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant. J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de mon enfant.

Fait à : ....., le, ..... / ..... / .....

Signature